

Aus dem Institut für Humangenetik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. G. G. Wendt

ZUR PSYCHISCHEN SITUATION
CHRONISCH KRANKER AUS
ALLGEMEIN- UND FACHPRAXEN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg
vorgelegt von

HELGA MICHELS
aus Wuppertal-Elberfeld

Marburg 1976

Druck: Görlich & Welershäuser, Marburg (Lahn)

Aus dem Institut für Humangenetik der Universität Marburg
Direktor: Professor Dr. G. G. Wendt

ZUR PSYCHISCHEN SITUATION
CHRONISCH KRANKER AUS
ALLGEMEIN- UND FACHPRAXEN

INAUGURAL-DISSERTATION
zur Erlangung des Doktorgrades
der gesamten Medizin

dem Fachbereich Humanmedizin der
Philipps-Universität zu Marburg
vorgelegt von

HELGA MICHELS

aus Wuppertal-Elberfeld

Marburg 1976

Druck: Görich & Weiershäuser, Marburg (Lahn)



Angenommen vom Fachbereich Humanmedizin
der Universität Marburg am: 26.3.1976

gedruckt mit Genehmigung des Fachbereichs

Dekan: Prof.Dr.med. H. Oepen

Referent: Prof.Dr.med. H. Oepen

Correferent: Prof.Dr.med. H. Kaffarnik

INHALTSVERZEICHNIS

A. EINLEITUNG	1
I. KRANKWERDEN - KRANKSEIN - CHRONISCHE KRANKHEIT	1
1. Der klassische Krankheitsbegriff	2
2. Der heutige Krankheitsbegriff	3
3. Faktoren, die die Einstellung zur Krankheit beeinflussen	3
4. Ursachen des Krankheitswandels	5
5. Was ist eine chronische Krankheit?	6
6. Charakteristika des chronisch Kranken	7
II. HÄUFIGKEIT VERSCHIEDENER KRANKHEITEN	8
1. - chronischer Krankheiten	8
2. - geriatrischer Krankheiten	11
III. PSYCHOSOZIALE ASPEKTE	12
1. Verhaltensmuster in chronischer Krankheit	12
2. Die Rolle des chronisch Kranken in der Gesellschaft	14
3. Der chronisch Kranke in der Familie	16
IV. FRAGESTELLUNG	19
B. METHODIK:	22
I. METHODISCHES VORGEHEN	22
1. Arbeitsgrundlage	22
2. Auswahlprinzip	22
3. Krankengut	22
II. INTERVIEW	23
1. Form	24
2. Fragebogen	24
3. Dauer des Interviews	24
4. Schriftliche Befragung	25
5. Funktion des Interviewers	25
III. KRITIK	26
1.- der Methode	26
2. Fehlerquellen	28

C. ERGEBNISSE:	30
I. ÜBERBLICK AN HAND DES FRAGENKATALOGES	30
1. Fragenkatalog	30
2. Zusammenfassende Daten der Männer und Frauen	39
II. DARSTELLUNG UND AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE	41
IM EINZELNEN:	
1. Geschlechtsverteilung	41
2. a. Altersverteilung	43
b. Alter und Krankheit	46
3. Soziale Faktoren	59
a. Schulbildung	59
b. Gesundheitsverhalten	60
4. Arzt und Patient	66
5. Reaktion der Umgebung	71
6. Einstellung zur Krankheit	75
a. Fatalistische Einstellung	75
b. Krankheitsverläufe	76
c. Verarbeitung von Krankheitsproblemen	80
α . Reaktion auf die Diagnosemitteilung	80
β . Praktische und seelische Hilfe in chronischer Krankheit	83
γ . Krankheitsursachen	93
7. a. Diagnosen	95
b. Objektive und subjektive Daten zu einzelnen Krankheiten	100
8. Allgemeine Probleme des chronisch kranken Pa- tienten	122
a. Familie	122
b. Altersheim	126
c. Psychische Veränderungen	131
d. Sterben und Tod	132
9. Abschlußbemerkungen	134
D. ZUSAMMENFASSUNG	143
E. LITERATURVERZEICHNIS	145
F. LEBENS LAUF	159
G. AKADEMISCHE LEHRER	160
H. DANK	161

VERZEICHNIS DER ABBILDUNGEN UND TABELLEN:

I. Abbildungen

1. Altersstruktur des Patientengutes	43
2. " in Rel.-%	45
3. Erkrankungsalter nach Geschlechtern getrennt	46
4. " als Kurve dargestellt	48
5. " nach Geschlechtern (absolut)	49
6. " " (Rel.-%)	50
7. Alter bei Diagnosestellung	52
8. Zeitraum von Krankheitsbeginn bis Diagnosestellung	53
9. Krankheitsdauer	55
10. Alter bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit	57
11. Alter und Grad der Bettlägerigkeit	58
12. Alter bei der ersten Untersuchung	61
13. seelische Hilfe durch den Glauben	86
14. Altersheim - ja oder nein nach Altersgruppen	129
absolut	

II. Tabellen:

1. Todesursachen	10
2. Zunahme alter Menschen in der BRD (1910 - 1975)	10
3. Schulbildung und Berufswahl	
4. Arztbesuche in Abhängigkeit vom Alter	63
5. " " Geschlecht	64
6. Reaktion der Mitmenschen auf die Krankheit	72
7. " des Partners	73
8. Krankheitsverläufe	77
9. Wissen um die Krankheit und Reaktion auf die Diagnose	82
10. Wie werden Krankenbesuche empfunden?	87
11. Motive zu Krankenbesuchen	88
12. Vergleich der Sorgen und Belastungen	92
13. Diagnosen des Patientengutes	95
14. Diagnoseanzahl in verschiedenen Altersgruppen	98
15. Geschlechtsverteilung der Krankheiten	100
16. Sozialer Bezug der Männer und Frauen	125
17. Altersheim nach Altersgruppen	128
18. Tod und Sterben	132

A. EINLEITUNG

Die zunehmende Bedeutung der Beratung von Patienten und Familien mit genetisch bedingten, chronischen Erkrankungen hat OEPEN veranlaßt, Untersuchungen über die Häufigkeit genetisch bedingter Erkrankungen in verschiedenen Allgemeinkrankenhäusern und Fachkliniken - aber auch über die Rolle psychischer Faktoren bei chronischen Krankheiten anzuregen. Besonderes Interesse kommt dabei vorzeitigen Alterungsprozessen und den geriatrischen Problemen überhaupt zu.

Entsprechende Untersuchungen am Krankengut niedergelassener Ärzte liegen bisher kaum vor. Das ist sicher nicht zuletzt durch erhebliche methodische Schwierigkeiten bedingt. Zunächst muß geprüft werden, welche Fragestellung und welches Vorgehen dabei zweckmäßig sind.

Bei dem Entschluß, diesen Problemkomplex zu untersuchen, basierten die Überlegungen auf folgenden Feststellungen:

I. KRANKWERDEN - KRANKSEIN - CHRONISCHE KRANKHEIT:

Bei vielen Patienten ist eine Zuordnung zu den Bereichen "noch normal" oder "schon krankhaft" diffizil. Überhaupt ist die Grenze zwischen "gesund" und "krank" teilweise unscharf, und nicht immer korreliert die eigene Einschätzung mit den medizinischen Befunden. Die Selbstklassifizierung als Gesunder oder als Kranker richtet sich stark nach dem subjektiven Befinden, von dem wir wissen, daß es in erheblichem Maße von vielfältigen gesellschaftlichen Bedingungen abhängt.

KOOS versuchte 1954 in einer Befragung, Patienten eine Definition von Krankheit geben zu lassen. Hiernach ist es nicht möglich, eine einzige Krankheitsdefinition zu

erhalten, die vergleichbare Daten ergeben hätte.

1. Der klassische Krankheitsbegriff

BAIER (1967) vergleicht den klassischen mit dem nachklassischen Krankheitsbegriff. Der klassische Krankheitsbegriff ist dadurch definiert, daß er ein naturhaftes, unabwendbares Ereignis im körperlichen Bereich des Menschen bezeichnet, das neben seinem subjektiven Wohlbefinden seine objektive Funktionsfähigkeit beeinträchtigt.

Nach ROTHSCUH (zit.n.BAIER, 1967) ist die Krankheit ein "Naturereignis, ein Zustand, in dem der Organismus und seine Glieder den normalen Leistungsanforderungen nicht mehr gewachsen sind".

SCHOENE (zit.n. BAIER, 1967) stellt als weiteres Moment den Zufall heraus:

" Daß Kausalfaktoren im einzelnen menschlichen Organismus zusammentreffen und eine Krankheit auslösen, ließ sich letzten Endes nur als "Zufall" erklären, d.h. als die Überschneidung mehrerer Kausalketten, deren Anfänge sich im nicht mehr Überschaubaren verlieren".

Geht die naturwissenschaftliche Medizin auf eine möglichst umfassende Analyse der Kausalitätsketten aus, die zu einer Krankheit führen - eben zwecks korrigierenden therapeutischen Eingriffs - so kann sie doch nicht hoffen, alle und vor allem die letzten Gründe des Ursache-Wirkungs-Komplexes "Krankheit" in den Griff zu bekommen (BAIER, 1967).

Damit wird der Krankheitsprozeß als ein naturhaft ablaufendes, für menschliche Erkenntnis und Behandlung niemals voll determiniertes Körpergeschehen weiterhin dadurch ausgezeichnet, daß er willensunabhängig auftritt und auch so verläuft.

"Wenn die Krankheit als ein Naturereignis definiert ist, so ist der Patient durch die Krankheit von der

Verantwortung für die Krankheit entlastet. Wenn andererseits der Arzt die Pflichten, die man ihm übertrug, gewissenhaft und pünktlich ausgeübt und vielleicht sogar noch etwas mehr getan hat, ohne daß er den Patienten retten konnte, so ist auch der Arzt von der Verantwortung für den Tod des Patienten oder für den ungenügenden Heilerfolg entlastet" (BAIER, 1967). Nicht der Arzt hat dann versagt: jener dritte Partner in der Beziehung Arzt - Patient, "die Natur", war stärker.

2. Der heutige Krankheitsbegriff

Diesem klassischen Krankheitsbegriff gegenüber zeigt sich heute ein deutlicher Wandel. Im Gegensatz zum naturhaften, zufälligen und willensunabhängigen Krankheitsereignis gewinnen von Menschen selbst verursachte Krankheiten zunehmend Beachtung. Genannt seien hier die sogenannten Zivilisationskrankheiten, vor allem die "vegetative Dysfunktion", deren Umfang und aetiologische Zurechnung zwar noch umstritten ist, deren Faktum aber nicht hinwegdiskutiert werden kann - auch nicht durch den Hinweis darauf, daß es sich oft um Noxen handelt, die erst die Gesellschaft unserer Tage hervorgebracht hat. Man denke etwa an sozialpolitische Maßnahmen, wie z.B. die Herabsetzung der Pensionierungs- und Altersrentengrenze, die ganz bestimmte medizinstatistisch feststellbare Folgen haben wie z.B. das Ansteigen des sogenannten "Pensionierungstodes" (JORES, 1963).

3. Faktoren, die die Einstellung zur Krankheit beeinflussen

Die Schwelle, die vom Gesunden zur Krankheit überschritten wird, ist in hohem Maße variabel und durch

viele verschiedene Faktoren beeinflußt:

1. Einer der Faktoren ist die Furcht vor eventuell notwendig werdenden operativen Eingriffen oder vor stationärer Behandlung in einem Krankenhaus.
2. Der Kostenfaktor fällt nicht sehr ins Gewicht. Aber es zeigte sich, daß, solange die Kosten ein unbekannter Faktor waren, diese Ungewißheit die Schwelle vor dem Aufsuchen ärztlicher Behandlung bestimmte.
3. Ein dritter Faktor war die je nach Alter relative Notwendigkeit der Behandlung. Das Gefühl der Dringlichkeit wie die Anerkennung der Notwendigkeit der Behandlung war eng mit der Rolle des Einzelnen in der Familie verknüpft.
4. Erfahrungen in der Behandlung gewisser Krankheiten aus der Vergangenheit konnten ebenfalls über den Beginn einer ärztlichen Behandlung entscheiden.

Die einzelnen Faktoren variieren von Familie zu Familie und von einer sozialen Gruppe zur anderen, aber alle wirken dahin, der Gesundheit in der Hierarchie der Werte einen fest umrissenen Platz zuzuweisen (KOOS, 1954). --

Krankheiten im eigentlichen Sinne gibt es ja nicht, sondern nur kranke Menschen. Jeder Reiz, ob exogen oder endogen, der das organische oder funktionelle Gleichgewicht zu stören vermag, löst eine reaktive Antwort aus, die sich oftmals in dem Symptombild einer bestimmten Erkrankung zu erkennen gibt. Dieses Syndrom wird vielfach in enger Beziehung zur Konstitution des Erkrankten und zu seinem "Alternsfaktor" entwickelt, d.h. jede Konstitution prägt ein ihr eigenes Bild, das wiederum in Form und Schattierung durch eine spezifische Alterungsdisposition eine Abwandlung im Sinne der Biomorphose erfahren kann.

Daraus ergibt sich die Frage, welche Krankheiten zu welchem Zeitpunkt des Lebens Menschen einer bestimmten Konstitution befallen (SCHUBERT, 1962).

4. Ursachen des Krankheitswandels

Es ist in den letzten fünf Jahrzehnten einerseits infolge veränderter Lebensweise und zunehmender Überalterung, andererseits bedingt durch die Fortschritte der Medizin ein unverkennbarer Wandel mancher Krankheitssymptome, -frequenzen und auch des Krankheitsverlaufes zu verzeichnen.

So sind z.B. in Schleswig-Holstein die Todesfälle an Herz- und Kreislaufkrankheiten von 1938 bis 1961 auf das Dreifache angestiegen, während die Sterbequote an "Krebs und anderen bösartigen Neubildungen" sich nur verdoppelte, die Letalität an Tuberkulose dagegen auf 1,5 pro 10.000 der Bevölkerung zurückgegangen ist (KLOSE, 1963).

In den letzten 25 Jahren zeigen vor allem akute Erkrankungen verschiedener Art eine geringere Häufigkeit, Schwere und Dauer. In einigen Fällen konnte die Krankheit praktisch eliminiert werden durch Einsatz von spezifischen Behandlungsmethoden oder Praeventivmaßnahmen. Somit sind chronische Krankheiten das **dringendste** und **frustrierendste** Problem geworden, dem der Arzt heute gegenübersteht.

Obwohl etliche Medikamente verfügbar sind, die chronische Krankheiten allgemein erleichtern können, haben wir im allgemeinen keine Behandlungsmaßnahmen, die solche Leiden spezifisch mildern.

Deshalb muß der Arzt überlegen, wie er dem Patienten hilft, mit seiner Krankheit zu leben. Solch ein therapeutisches Vorgehen enthält zwei essentielle Merkmale,

die nicht getrennt werden können: Meist gilt es zunächst, das Fortschreiten der Krankheit zu verhindern oder zu verlangsamen, gleichzeitig und zunehmend aber auch das Leben des Patienten angenehmer zu machen. Beide Maßnahmen sollen physische und geistige Funktionen auf einem möglichst hohen Niveau erhalten. Der Arzt muß daran denken, daß abnehmende Aktivität oder physisches Unvermögen, die mit der chronischen Krankheit verbunden sind, aus zwei Quellen entspringen. Die erste ist die aktuelle physische Schwächung, die die Aktivität hemmt. Die zweite resultiert aus psychosozialen Einflüssen, die den Grad der Unfähigkeit reduzieren oder erschweren (BUSSE, 1962). Diese Einflüsse aber wandeln sich mit der Zeit.

5. Was ist eine chronische Krankheit?

BUSSE (1962) trennt den Begriff in zwei nicht klare Kategorien, die beide charakterisiert sind durch sichtbare irreversible Schäden:

1. Chronische Krankheit als Ergebnis von bleibenden Schäden, verursacht durch ein akutes Ereignis (z.B. Unfall);
2. chronische Krankheit, zuzuschreiben einer andauernden Abnormalität eines Prozesses, der lebensnotwendig ist - der Krankheitsprozeß zeigt akute Schübe und begrenzte Remissionen, aber es ist ein fortlaufender Verfall.

Die "Commission on Chronic Illness" definiert chronische Krankheit als "eine Schwächung der Gesundheit, die eine ausgedehnte Periode medizinischer Überwachung verlangt. Dies kann sein Ambulanz, Heim-, Kliniks- oder andere institutionalisierte Pflege oder verschiedene

Kombinationen hiervon. Es muß nicht unbedingt eine manifest invalidisierende Erkrankung sein. Sie kann progressiv oder stationär sein. Das Fortschreiten der Krankheit und der Grad der Invalidisierung müssen nicht unbedingt parallel verlaufen.

Die Invalidisierung stellt das Ergebnis einer Schwächung der biologischen, physiologischen oder sozialen Wirksamkeit des Individuums dar und hindert es, normalen oder gewöhnlichen Beschäftigungen nachzugehen" (PARETS, 1969).

Die chronische Krankheit hat gegenüber der akuten Krankheit erheblich an Bedeutung gewonnen. Ein Kind, am Anfang des Jahrhunderts geboren, hatte eine Chance von 1 : 3, an einer akuten Krankheit zu sterben. Das Risiko in der Mitte des Jahrhunderts war reduziert auf 1 : 10. Heute sterben etwa 4 von 5 Kindern an einer chronischen Krankheit. Der Wechsel im Muster somatischer Krankheiten von akuter zu chronischer Krankheit hat zur Folge, daß 3 von 4 Klinikbetten von chronisch Kranken belegt sind. Dabei wächst die Zahl von alten Patienten.

Zwar gilt chronische Krankheit als Charakteristikum des Alters. Mehr als 75 % aller länger dauernden Krankheiten treten aber im Alter zwischen 15 und 64 Jahren auf (PARETS, 1967)!

6. BOGDONOFF und NICHOLS (zit.n. BUSSE, 1962) glauben, daß es

6 Charakteristika des chronisch Kranken gibt:

1. Es liegt eine manifeste Störung eines oder mehrerer Organsysteme vor, die vom Patienten oder vom Arzt oder von beiden als anomal angesehen werden.

2. Der Patient verändert - als Reaktion auf den veränderten Zustand seiner Physiologie - seine Verhaltensmuster und erfährt Enttäuschung, wenn er versucht, zu den früheren Aktivitäten zurückzukehren.
3. Die sozialen Beziehungen zwischen dem Patienten und seiner Familie, seinen Freunden und Bekannten sind notwendigerweise verändert durch das neue Aktionsmuster, und diese Veränderungen sind als Begrenzungen anzusehen.
4. Der Patient ist nicht fähig, sich eine Lösung des Krankheitsprozesses in der näheren Zukunft vorzustellen.
5. Wegen der von der Krankheit auferlegten Begrenzungen versucht der Patient neue Anpassungsmanöver, um den psychologischen Stress - entstanden durch die Krankheit - zu verringern.
6. Schließlich erlebt der Patient als Folge der Unruhe, hervorgerufen durch die Versuche, physisches und psychisches Gleichgewicht wiederzuerlangen, intensive Gefühlsveränderungen, einschließlich Angst, Verzweiflung und Schuldgefühle (BUSSE, 1962).

II. HÄUFIGKEIT VERSCHIEDENER KRANKHEITEN:

1. Häufigkeit chronischer Krankheiten:

Chronische Krankheiten sind unter Älteren Menschen vorherrschend. 77 % der heute 65-Jährigen und Älteren haben ein oder mehrere chronische Leiden (TERRY, 1961). Diese sind in den frühen Stadien nicht besonders behindernd. Tatsächlich berichten nur ein Drittel bis

die Hälfte der älteren Patienten über Einschränkungen ihrer Aktivitäten als Ergebnis der chronischen Krankheit, obwohl sich daraus physisches Unvermögen entwickeln kann.

Die Schnelligkeit des Verfalls ist in den meisten Fällen korreliert mit der Zunahme des Alters (KATZ u. CHINN, 1961). Von den 6 Millionen behinderter älterer Patienten sind 2 Millionen Invaliden im eigentlichen Sinne des Wortes. 1/2 Million ist in Pflegeheimen oder sonstigen Institutionen untergebracht und 1/4 Million in Nervenheilanstalten (BUSSE, 1962).

Ein großer Prozentsatz der Arbeitnehmer ist un-spezifischen Umwelt- und Berufs-Stress-Situationen ausgesetzt, die oft unauffällig und gut getarnt sind, nichtsdestoweniger aber einen großen Beitrag zu Invalidität und vorzeitigem Tod leisten - oft auf dem Höhepunkt ihrer Aktivität und der Nützlichkeit für Familie und Gemeinschaft. Zur Illustration dienen Daten von TISH (Zit.n. HRACHOVEC, 1969) über Invalidität von 100 865 Verwaltungsangestellten (!) und Pensionierung wegen Invalidität (von 1955 - 1962): durchschnittliches Alter: 56.7 Jahre (!)

Arten der Erkrankungen:

kardiovaskulär	42.0%
Skelett, Gelenke	20.2%
Nervensystem	13.0%
Respirationstrakt	8.0%
Lungentuberkulose 1/5	
Krebs	5.2%

Viele Personen hätten rehabilitiert werden können, wenn die Krankheiten im Anfangsstadium erkannt worden

wären. Dies könnte geschehen in periodischen Reihenuntersuchungen oder durch den Hausarzt, den der ältere Mensch bei Auftreten der ersten Alarm-Symptome aufgesucht hätte (HRACHOVEC, 1969). Denn die Früherkennung ist die wichtigste Voraussetzung für frühzeitige Anwendung von Heilmaßnahmen zur Rehabilitation oder Linderung auch der chronischen Krankheiten.

Wahrscheinlich scheitert die Einrichtung solcher Institutionen am Mangel an Ärzten. Aber auch Ausbildung, Weiterbildung und Hilfsmittel können in dieser Hinsicht noch wesentlich verbessert werden. HRACHOVEC empfiehlt in diesem Zusammenhang den "Cornell Medical Index (CMI)", in dem Ja- und Nein-Fragen dem Patienten zur Beantwortung vorgelegt werden, wobei der Arzt auf Grund der gegebenen Antworten diagnostisch weiter vorgehen kann.

Der bereits erwähnte Wechsel von akuten und infektiösen zu chronischen Krankheiten wird in den folgenden Tabellen deutlich:

Tab. 1: Todesursachen

	akute	chronische
	Krankheiten	
1901	41.0%	46.0%
1955	9.8%	81.4%

Tab. 2: Zusammenfassende Darstellung über die Zunahme alter Menschen in Prozent der Gesamtbevölkerung der BRD.

	1910	1925	1961	1965	1968	1971	1975
KLOSE, 1963						15.0	
SCHÖLMERICH, 1967		5.0		11.0			14.0
GES. BERICHT, 1971	15 J.	34.2			23.3		
	65 J.	5.0	11.2		12.8		

Offensichtlich besteht ein Zusammenhang zwischen dem Anwachsen der Zahl alter Menschen und dem Wechsel zu chronischen Krankheiten. Hierdurch entstehen neue Probleme und Forderungen, von denen viele soziologischer, psychologischer oder oekonomischer Natur sind.

Dabei trifft die Annahme nicht zu, daß die Schwere der Krankheit proportional sei dem Grad der Aktivitätshemmung. Hohe Aktivität ist vielmehr nach MADDUX (1961) abhängig von 4 Faktoren:

1. gute Gesundheit, objektiv bestimmt durch medizinische Untersuchung und durch Selbsteinschätzung;
2. Aufrechterhaltung der "Arbeiter-Rolle" ohne radikale Veränderung, z.B. durch Teilzeitbeschäftigung;
3. Stabilität und Kontrolle der Lebenssituation, z.B. Wohnstabilität und Kontinuität der Rolle in der Familie;
4. Der sozio-oekonomische Stand, gemessen an der Berufs-Klassifizierung des Haushaltsvorstandes (z.B. als Nicht-Handwerker) (BUSSE, 1962).

2. Häufigkeit geriatrischer Erkrankungen

Unter den chronischen Krankheiten haben nun die speziellen geriatrischen Leiden große Bedeutung. Häufig sind sie mit psychischen Symptomen verbunden. Die berufliche Leistung läßt nach, und die soziale Adaptation ist nicht mehr gewährleistet. Nicht selten beobachtet man eine Abnahme der Intelligenz (eventuell progressiv durch cerebrale Insulte oder interkurrente Erkrankungen bedingt) und verschiedene Formen der Demenz ("senil", "arteriosklerotisch" etc.). Der Arzt muß daran denken, daß hier organische, psychologisch-

reaktive und soziale Faktoren gleichzeitig wirksam werden. Alte Menschen verlieren Erinnerungsvermögen und Aktivität, fühlen sich unterlegen und sind deprimiert, haben Angst vor Aufgaben, weichen Problemen aus, reagieren panisch und lösen ihre Beziehungen zu anderen Menschen, was zu einer sozialen Isolierung führt (BARAHONA, 1970). Vieles haben sie aber auch mit anderen chronisch Kranken gemeinsam.

III. PSYCHOSOZIALE ASPEKTE

1. Verhaltensmuster in chronischer Krankheit

Angst und Depressionen, Verleugnung und Hypochondrie sind Abwehrmaßnahmen der Patienten, um das Gefühl der Panik zu verhindern. In solchen Situationen muß der Arzt den Ursprung der Angst zu finden versuchen (KAUFMAN, 1969).

Abwehr von Depressionen kann sich manifestieren in Rückschritt auf Hilflosigkeit, Feindseligkeit, Aggressivität. Während der Depression ist der Patient mit Fragen seiner persönlichen Natur und Situation konfrontiert. Wenn er zur Last wird, kann er sich nicht darauf verlassen, daß seine Familie bereit und in der Lage ist, diese Last zu tragen! Verbitterung und Zorn werden stark, Feindseligkeit und Aggressivität projizieren sich auf die Umwelt. Wenn diese Einstellungen sich nach innen kehren statt nach außen projiziert zu werden, kann sich die Depression verstärken. Die Angst ist in weitem Umfang abhängig davon, für wie ernst der Patient die Bedrohung seines Lebens ansieht, wie ihn Schmerzen belasten und eine unsichere Prognose beunruhigt. Sie ist auch induziert von der Furcht, nicht akzeptiert zu werden, durch wachsende intrafamiliäre Spannungen oder durch Unfähigkeit, früheren Beschäftigungen nachzugehen. Auch der Grad psychischer Unterstützung durch die

Umgebung beeinflusst das Ausmaß der Angst. Abwehr von Angst drückt sich häufig auch in "Verleugnung" aus: Diese Patienten verteidigen sich gegen die Entwicklung einer Depression, indem sie ihre Aufmerksamkeit auf die physischen Symptome ihrer Krankheit konzentrieren und eine Besserung in den Grenzen ihrer Behinderung zurückweisen. Diese Abwehr gegen psychologischen Zusammenbruch entwickelt sich während langer Krankheit, wenn der Patient sich von seinem veränderten Zustand bedroht fühlt und unfähig ist, sich dagegen zu verteidigen. Um Ausgeglichenheit zu bewahren, überträgt er seine emotionale Last auf andere, die stärker sind als er, während er sich in Abhängigkeit begibt. Der Zustand der Abhängigkeit sollte als normaler Zustand angesehen und die Notwendigkeit entsprechender Unterstützung erfüllt werden.

Wenn dieser emotionellen und physischen Abhängigkeit nicht in angemessener Weise begegnet wird, entwickelt der Patient Angst und glaubt, ihm könne nicht geholfen werden oder er sei der Hilfe nicht wert. Oft sind Abhängigkeit und Rückschritt Ausdruck des unbewußten Wunsches, krank und hilflos zu bleiben und so zurückzukehren zu einem Zustand, in dem man keine Verantwortung trägt.

Ernste hypochondrische Fehlhaltungen kommen vor bei Patienten, deren Persönlichkeitsstruktur mit selbstzerstörerischen Tendenzen behaftet war oder deren Anpassungsverhalten masochistische Selbstbestrafungsimpulse einschloß. Diese Patienten glauben, ihre Krankheit mache sie schwach, sei Grund für ihren Energieverlust, und so werden sie empfänglich für andere Krankheiten. Daher schränken sie ihre Aktivitäten ein - einschließlich ihrer Arbeit, ihrer sozialen und sexuellen Ambitionen. Schließlich glauben sie, diese Einschränkungen seien notwendig, um

gerade ein Minimum an Gesundheit aufrecht zu erhalten (PARETS, 1967).

2. Die Rolle des chronisch Kranken in der Gesellschaft:

In unserer Gesellschaft ist die "Krankenrolle" für den Einzelnen und die Gruppe nur annehmbar als vorübergehender Zustand. Die chronische "Krankenrolle" wird von manchen Patienten als Rettungsinstrument angesehen (auch RUESCH, 1967), von anderen als Knechtschaft (SHAW, zit.n. BUSSE, 1962 ; NICHOLS, BOGDONOFF, 1961).

Die Gesellschaft stößt den chronisch Geschwächten zurück, der sein Handicap nicht überwindet. Sicher geschieht diese Zurückweisung in den meisten Fällen unbewußt und wird - wenn erkannt - als unchristlich verurteilt; aber sie existiert!

Rehabilitationsprogramme sind beschleunigt entwickelt worden, nicht nur, um dem Einzelnen zu helfen, sondern auch mit dem Ziel, die finanzielle Belastung für die Allgemeinheit zu reduzieren. Balance zwischen diesen beiden Punkten zu halten, ist aber eine heikle Sache. Der Patient, der vermutet, daß sein Arzt größeres Interesse daran hat, seine Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen als ihm bei seinen Schwierigkeiten zu helfen, wird oft nicht mit diesem Arzt zusammenarbeiten.

Derjenige, der eine "Krankenrolle" für längere Zeit einnimmt, steht außerhalb. Seine Familie und Freunde richten ihr Leben so ein, daß sie es weiterführen können ohne die Teilnahme des Patienten: Der Verein findet ein neues Mitglied, die Lücke zu füllen, die durch einen Kranken entstanden ist.

Wenn dieses Lebensmuster für längere Zeit aufrecht-

erhalten wurde, festigen sich die Lebensgewohnheiten der Familie des Patienten und werden resistent gegenüber Veränderungen.

Wenn der Kranke versucht, seinen Weg zurück in die Familie und den Kreis seiner Freunde zu finden, wird er auf beträchtlichen Widerstand stoßen. Damit leidet er doppelte Qual: Er muß einerseits seine Handicaps, andererseits die Widerstände überwinden, die sich gegen ihn entwickelt haben.

Einen Platz in der Familie oder der Gesellschaft wiederzugewinnen ist besonders schwer, wenn die Gruppe entdeckt hat, daß sie bequemer leben kann ohne die kranke Person. Daher müssen Patient und Arzt die soziale Situation realistisch abschätzen.

Wenn der Patient wenig Chancen hat, seinen alten Platz wiedereinzunehmen, ist es notwendig, einen neuen zu suchen. Der Hinweis, daß er daran denken muß, einen neuen Platz zu finden, wird vom Patienten leicht übelgenommen; möglicherweise denkt er: ich habe genug gelitten, warum sollte nicht gerade mir die Wiedereingliederung erleichtert werden? Deshalb muß der Arzt des Patienten Familie und Freunde anregen, ihren Kreis gegen den Patienten nicht zu schließen, sondern zu versuchen, die Kommunikation mit ihm aufrecht zu erhalten und darauf zu bestehen, daß er an wichtigen Entscheidungen teilnimmt (BUSSE, 1962). Der Kranke sollte bezüglich der Rollenerwartungen also weder den ganz Gesunden noch, wenn das nicht mehr möglich ist, bereits den Vollinvaliden zugerechnet werden, wie das im allgemeinen Bewußtsein häufig geschieht (SPERLING, 1967).

Die stärkste soziale Isolierung erleiden motorisch schwer beeinträchtigte Körperverletzte oder - erkrankte, zumeist Bettlägerige. Die Situation in

solchen Familien ist häufig gekennzeichnet durch ein beständiges, die Partner miteinbeziehendes Wechselspiel zwischen infantilen Allmachtsansprüchen und depressiven Enttäuschungsreaktionen (SPERLING, 1967).

3. Der chronisch Kranke in der Familie:

Das psychosoziale Problem des Wissens der Familie um die Progredienz einer Erkrankung hat schon seit längerem französische Autoren beschäftigt (SPERLING, 1967). Da es die biologische Großfamilie nicht mehr gibt (DIRKS, 1972), ergeben sich für den Patienten besondere Probleme:

1. Welche Rolle spielt die Familie überhaupt bei chronischen Leidenszuständen? - Alle bisherigen Untersuchungen ergaben übereinstimmend, daß Personen mit Familie psychosozial besser gestellt sind als Alleinstehende.
2. Welche Patienten finden sich in wie gearteten Familien, mit anderen Worten: gibt es eine Spezifität von Partnerwahl, Konfliktkonstellation und Symptomatik?
3. Welche Patienten haben zu welchem Zeitpunkt eines allgemeinen oder spezifischen Prozesses welche Familien? - Diese Frage zielt auf die Verlaufsform und auf Kompensationsmöglichkeiten (SPERLING, 1967).

Weil Patienten mit chronischen Krankheiten beträchtliche persönliche Aufmerksamkeit von den Familienmitgliedern erwarten und verlangen, können emotionelle Reaktionen unterschiedlicher Stärke entstehen. Wenn die familiären Beziehungen vor der Krankheit gut waren,

werden sie im allgemeinen auch gut bleiben. Die Familienmitglieder sollten davon unterrichtet werden, daß gerade der Patient, der vorher in die Familie integriert war, Launen unterliegen kann, (Depressionen, Reizbarkeit). Die Familie muß also lernen, Begrenzungen ihrer eigenen Aktivitäten hinzunehmen, die ihnen durch Forderungen eines Kranken in der Familie auferlegt werden.

Reizbarkeit und Ärger, auf das behinderte Mitglied gerichtet, sind nicht unverständlich. Familienmitglieder brauchen bei einem gelegentlich auftretenden offenen Ausbruch von Feinseligkeit gegenüber dem Patienten keine Schuldgefühle zu haben. Andere Probleme entstehen, wenn die Frau eines Patienten, der z.B. einen Herzinfarkt erlitten hat, ihn für Monate beschützen und zum Halbinvaliden machen möchte trotz der Bitte des Arztes, mehr psychische Aktivität zu fordern. Oder: bei den Familienmitgliedern mag Angst entstehen, durch Ansteckung selbst die Krankheit des Patienten zu bekommen - nicht ausgeschlossen die Furcht, durch Ansteckung an Krebs zu erkranken! (PARETS, 1967).

Bei der Frage nach den sozialen Beziehungen und ihrer Wirkung auf Krankheiten stellte SCHWARZENAUER (1972) fest, daß für die Frauen Ehe und Familie der wichtigste soziale Bezug sind. Denn chronische Krankheit einer Frau und Mutter bringt, besonders, wenn kleine Kinder da sind, für die Familie höhere Belastung mit sich als chronische Krankheit des Vaters (PARETS, 1967).

Die psychoanalytisch orientierte Familientherapie sucht deshalb die Psychodynamik der ganzen Familie zu erkennen und zu behandeln. Es kann vom Arzt nicht zusätzlich auch noch Familientherapie gefordert werden.

So ist aber ein Arzttyp denk- und wünschbar, der durch entsprechende Ausbildung befähigt wäre, die so notwendige Familientherapie durchzuführen. (WESIACK, 1971).

Für eine solche Ausbildung von Ärzten und ärztlichem Hilfspersonal, Fürsorgern und Familienberatern fehlen aber vielfach die nötigen Erfahrungen.

IV. FRAGESTELLUNG:

Aus den bereits angedeuteten Gesichtspunkten ergeben sich für die vorliegende Arbeit folgende Fragen:

A. Umweltfaktoren

I. Soziale Faktoren

1. Die Stellung des Patienten innerhalb der Gesellschaft ist von sozialen Faktoren abhängig.
- Welche Bedeutung kommt diesen sozialen Faktoren im Krankheitserlebnis zu?
2. Ist das Gesundheitsverhalten abhängig von sozialen Faktoren, d.h. verhält sich ein Patient mit höherem Bildungsgrad krankheitsbewußter als ein Patient mit niedrigerem Bildungsniveau?
3. Wie weit beeinflussen andere Faktoren (Alter, Geschlecht, Art der Krankenversicherung, Wissen um eine Krankheit) das Gesundheitsverhalten?

II. Polarität Patient - Arzt

1. Im Krankheitserlebnis und der Bewältigung der Krankheitsprobleme spielt die Person des Arztes eine besondere Rolle:
Welche Faktoren beeinflussen das Arzt-Patient-Verhältnis?
2. Welche Barrieren bestehen - aus subjektiver Sicht des Patienten - zwischen Arzt und Krankem?
3. Was erwartet der Patient vom Arzt und welche Möglichkeiten hat der Arzt, die an ihn gestellten Erwartungen zu erfüllen?
4. Ist eine Führung des Patienten in der Krankheit durch den Arzt nötig und möglich?

III. Umgebung des Patienten:

1. Wie der Patient durch den Einfluß seiner Umwelt zur Auseinandersetzung mit der Krankheit stimuliert wird, so beeinflusst der Patient seinerseits durch seine Krankheit die Umwelt:
 - Welchen Verhaltensweisen in seiner näheren Umgebung begegnet der Patient als Reaktion auf seine Krankheit?
2. Bei der Verarbeitung und Bewältigung der Krankheitsprobleme tauchen für den Patienten oft genug Schwierigkeiten auf, die er, auf sich alleine gestellt, oft nicht zu lösen vermag.
 - Welche Hilfestellung benötigt der Patient bei der Verarbeitung seiner Krankheitsprobleme in Form praktischer wie seelischer Hilfe und - wenn sie überhaupt erwünscht ist - wo findet der Patient solche Hilfe?

B. Persönlichkeit des Kranken:

I. Krankheitsursachen:

In der Auseinandersetzung mit seiner Krankheit stößt der Patient immer wieder auf die Frage: warum habe ich die Krankheit? Warum hat sie gerade mich getroffen? Und: wo kommt diese Krankheit her?

In dem Bemühen, hierauf eine Erklärung zu finden, sucht er Faktoren bei sich selbst oder in seiner Umwelt.

- Welche genetischen, psychischen, körperlichen Faktoren und welche äußeren Einflüsse sieht der Patient als Krankheitsursachen an?

II. Krankheitserlebnis:

1. Den Patienten trifft eine Krankheit von außen

er ist nicht krank, sondern er hat eine Krankheit, die ihn bedroht.

- Äußert sich das Krankheitserlebnis als Kampf gegen die Krankheit oder nimmt der Patient die Krankheit als Schicksal an?
2. In der Auseinandersetzung mit der Krankheit muß der Patient versuchen, sich auf die Krankheit einzustellen.
 - Welche Veränderungen ruft eine Krankheit in der Persönlichkeit des Patienten hervor?

III. Mithilfe des Patienten:

1. Der Patient versucht zur Bewältigung der Krankheit Hilfe von außen zu erhalten. Er erwartet Hilfe zunächst vom behandelnden Arzt.
 - Welche Hilfe im Heilungsprozess bringt der Patient selbst auf?
2. Die Krankheit stellt Forderungen an den Patienten, wenn er sich auf die Krankheit einstellen will.
 - Richtet der Patient sein Leben anders ein, als es vor Ausbruch der Krankheit war und richtet er sich dabei nach dem, was die Krankheit verlangt?

B. METHODIK:

I. METHODISCHES VORGEHEN

1. Arbeitsgrundlage:

Als Arbeitsgrundlage wurde ein Fragebogen entwickelt, der 61 Fragen enthielt. Gleichzeitig wurden in einem Antwortschlüssel die möglichen Antworten durch Zahlen codifiziert, die bei der Befragung entsprechend den Antworten, die die Patienten gaben, in den Fragebogen eingetragen wurden.

2. Auswahlprinzip:

Der Fragebogen wurde mit dem Antwortschlüssel neun niedergelassenen Ärzten in Köln vorgelegt. Die Ärzte entschieden, welche Patienten befragt werden sollten. Dabei suchten sie nach zu erwartenden Kontaktmöglichkeiten nur chronisch kranke Patienten aus ihrer Klientel aus, wobei chronisch krank als "krank seit mindestens zwei Jahren" definiert worden war. Die Ärzte klärten die Patienten über Sinn und Zweck der Befragung auf und holten deren Einverständnis dazu ein.

3. Krankengut:

Das Material für die statistische Erhebung der vorliegenden Arbeit wurde aus Interviews mit 100 chronisch kranken Patienten der ambulanten Praxis niedergelassener Ärzte gewonnen. Insgesamt wurden 107 Patienten gebeten, an dieser Befragung teilzunehmen. 100 Interviews waren verwertbar; in den restlichen waren teils ungenaue, teils unvollständige Angaben gemacht worden. Andere Patienten verweigerten die Teilnahme, obwohl sie ihrem Hausarzt zugesagt hatten:

Ein Patient (Diabetes mellitus): "Es ist uninteressant darüber zu sprechen, davon wird nichts besser!"

Eine Patientin, 80 Jahre (dekompensiertes Altersherz, M. Parkinson) teilte das beabsichtigte Interview ihrer Tochter mit, diedann erklärte, sie könne es nicht über sich ergehen lassen, wenn ihre Mutter nun wochenlang von diesem Interview erzählen und sich fragen werde, ob sie auch alles richtig beantwortet habe. Es war die Tochter, die die Teilnahme nicht bewilligen wollte ;die Mutter machte einen hilflosen Eindruck!

87 Patienten waren in der Behandlung von 7 praktischen Ärzten, 9 in der eines Facharztes für Chirurgie und 4 in der Behandlung eines Facharztes für Lungenkrankheiten. Das Patientengut stellt nicht den Durchschnitt der Klientel niedergelassener Ärzte dar, sondern den Durchschnitt der chronisch kranken Patienten.

Die Patienten wurden in ihrer Wohnung befragt, um äußere Einflüsse auf die Psyche des Patienten (wie ungewohnte Umgebung, lange Anfahrtswege u.ä.) weitmöglichst auszuschalten. Diese hätten sich, speziell bei den auf die Patientenpsyche bezogenen Fragen, als störend oder verzerrend auswirken können.

II. DAS INTERVIEW:

Definition:

Nach E.K. SCHEUCH (1962) ist das "Interview als Forschungsinstrument" aufzufassen als ein planmäßiges Vorgehen mit wissenschaftlicher Zielsetzung, bei dem die Versuchsperson durch eine Reihe gezielter Fragen oder mitgeteilter Stimuli zu verbalen Informationen veranlaßt werden soll.

1. Form:

Die Befragung wurde in Form des "neutralen Interviews" durchgeführt. Dabei soll der Interviewer prinzipiell nur Forschungswerkzeug sein, ein gewissermaßen leider nicht zu entbehrender Übermittler von Stimuli und Berichterstatte von Reaktionen. Im Vordergrund steht hierbei die Kontrolle des Interviewerverhaltens mit dem Ziel, möglichst gleichartige Stimulussituationen zu schaffen. Die hiermit geforderte Objektivität des Verhaltens bzw. die Austauschbarkeit des Erhebungssubjektes bei Konstanz der Reaktionen läßt ein möglichst unpersönliches Verhältnis zum Befragten empfehlenswert erscheinen (E.K. SCHEUCH, 1962).

2. Fragebogen:

Der Fragebogen, der bei der Vielzahl der erwünschten Informationen notwendig wurde, erwies sich als ein Hilfsmittel für den Interviewer und als ein Instrument zu seiner Kontrolle. Damit wurde der Forderung nach Unabhängigkeit des Ergebnisses Rechnung getragen. SCHEUCH (1962) fordert für die Anordnung der Fragen eine psychologisch richtige statt einer logisch richtigen Reihenfolge; man versucht dabei, den Gedankenfluß und die Übergänge beim Themawechsel dem alltäglichen Denken anzupassen, wo ja ebenfalls ein Thema verlassen und nach einer Exkursion wieder zu ihm zurückgekehrt wird.

3. Dauer des Interviews:

Lange Zeit glaubten Sozialforscher und kommerzielle Interviewer gleichermaßen, daß Interviews von über einer halben Stunde Dauer bereits den

Befragten überfordere. Inzwischen darf man aber Interviews von 1 - 1 1/2 Stunden Dauer als vom Befragten her wenig problematisch ansehen (SCHEUCH, 1962).

4. Schriftliche Befragung:

Zur schriftlichen Befragung wird von E.S. MARKS und P.W. MAULDIN (1951, zit.n. SCHEUCH, 1962) behauptet, es liege ein Vorteil darin, daß die Antworten besser durchdacht und die Angaben somit praeziser werden.

R. KAHN (1952, zit.n. SCHEUCH, 1962) weist darauf hin, daß die Ausschaltung des Interviewers dem Befragten das Gefühl größerer Anonymität vermitteln und damit zu wahreren Angaben führe.

5. Funktion des Interviewers:

Den von MARKS, MAULDIN (1951) und KAHN (1952, zit. n. SCHEUCH, 1962) erhobenen Behauptungen von Vorteilen einer schriftlichen Befragung gegenüber einem direkten Interview muß entgegengehalten werden, daß dabei wesentliche Funktionen des Befragers entfallen. Es ist keine Kontrolle der Befragungssituation durch den Befragten möglich; die Identität der Situation ist aber wesentliche Voraussetzung für die Gleichheit der Wirkung von Stimuli. Das wird z.B. deutlich an der Frage nach der Einstellung des Patienten gegenüber Sterben und Tod. Diese Frage kann in der schriftlichen Form eventuell schockierend auf den Befragten wirken, dem man im direkten Interview in Abhängigkeit von seiner psychischen Situation die Frage in abgemilderter Form stellen kann.

Auch ist nicht die Möglichkeit gegeben, Helfer des Befragten beim Beantworten der Fragen zu sein in der Form, daß eine Frage durch Zusatzfragen für den Patienten deutlicher wird und damit leichter zu beantworten ist (SCHEUCH, 1962).

So zeigte es sich, daß unangenehme oder nicht verstandene Fragen in der schriftlichen Befragung ausgelassen wurden, womit der Fragebogen unvollständig und damit unbrauchbar war. Im übrigen fällt in der schriftlichen Befragung die stimulierende Wirkung des Interviewers fort, die schon durch seine bloße Anwesenheit hervorgerufen wird. Bei vielen Patienten zeigte sich das Bedürfnis, ein persönliches Gespräch über die Krankheit mit einem Menschen zu führen, der nur dazu da ist, die Nöte und Sorgen der Patienten anzuhören. Daraus erwuchs dem Befrager die Funktion eines Vertrauten für alle Klagen und Kümernisse der Patienten. Dabei ergab sich hier und da auch die Möglichkeit, Informationen zu ergänzen oder zu korrigieren.

III. KRITIK

1. Kritik der Methode:

Die Forderung nach Neutralität und Unpersönlichkeit des Interviewers konnte nicht in allen Fällen erfüllt werden. Einige Patienten waren dem Befrager bekannt.

Je nach dem psychischen Befinden des Patienten und in Abhängigkeit von seiner Reaktion auf bestimmte Fragen mußte beruhigend auf ihn eingesprochen werden, so daß der Befrager die neutrale Haltung aufgeben mußte. Auch erschien es des öfteren notwendig, ärztliche Maßnahmen zu verteidigen, wenn die handelnden Ärzte oder sogar der gesamte Berufsstand

der Ärzte ungerechtfertigterweise angegriffen wurden. In diesen Fällen sah sich der Befrager gezwungen, Position zu beziehen und die unpersönliche Haltung aufzugeben. Die Reihenfolge der Fragen wurde im allgemeinen bei allen Patienten in gleicher Weise eingehalten; dies erfolgte aber nicht nach starrem Schema. Vielmehr ergab es sich oft im Laufe des Gesprächs, daß ein Problem - als Frage im Fragebogen enthalten - von Patienten spontan angesprochen wurde. Dann war es sinnvoll, diese Frage vorwegzunehmen, um den Patienten in seinem Gedankengang nicht zu unterbrechen. Damit wurde dem Patienten das Gefühl vermittelt, die Hauptperson in diesem Interview zu sein.

Bei diesem Vorgehen bestätigten sich die Erfahrungen C.O. JONSON' s (1957, zit.n. SCHEUCH, 1962), daß ein Befragter seine Rolle als Informant recht schnell lernt und schon während des Interviews ein "besseres" Untersuchungsobjekt wird.

Je weiter man in der Fragenfolge vorankam, desto mehr Mühe gaben sich die Patienten, sich mit der gestellten Frage auseinanderzusetzen. Auch wurden zu bereits abgehandelten Fragen eventuell vergessene Fakten im Laufe des Gesprächs nachgetragen. Die Interviews dauerten anfangs 1 1/2 Stunden, die letzten Interviews waren nach 3/4 Stunden beendet.

Dieser Zeitunterschied kam dadurch zustande, daß auch der Befrager erst in seine Rolle hineinwachsen mußte. Bei dem Bemühen der Patienten um richtige Angaben kam es anfangs zu weitschweifenden Erklärungen, die mit der gestellten Frage nichts mehr zu tun hatten. Dabei war es für den Befrager schwierig herauszufinden, ob und an welcher Stelle er unterbrechen und zum Thema zurückführen dürfe und müsse. Die Patienten konnten, nachdem ein Viertel der Be-

fragungen abgeschlossen war, sicherer geführt werden. Es wurde dann bestimmt, aber nicht unfreundlich, unterbrochen und zur Ausgangsfrage zurückgeführt, wenn der Patient in für die Erhebung unwesentliche Erklärungen abzuschweifen drohte.

Um dem Patienten nicht das Gefühl zu geben, es gehe nur um das Interview und sonst sei nichts von Interesse, mußte oft auf für den Patienten wesentliche Dinge (z.B. Arzt-Patient-Verhältnis) länger als vorgesehen eingegangen und somit die Zeit über die geplante Stunde ausgedehnt werden.

2. Fehlerquellen

Es ergeben sich bei der Befragung verschiedene Fehlerquellen auf seiten der Befragten. Speziell in Europa wird die Willigkeit des Befragten zu richtigen Angaben bezweifelt (SCHEUCH, 1962). Man weist darauf hin, daß der Befragte die Wahrheit wegen der vermuteten sozialen Konsequenzen seiner Antworten zu verbergen suche, daß besonders die Vorstellung einer aus Prinzip zu verteidigenden Privatsphäre sehr ausgeprägt sei und daß darüber hinaus Befragungen einfach nicht ernst genommen würden.

So hatten einige Patienten finanzielle oder materielle Unterstützung von einer öffentlichen Institution erhalten, wollten dies aber nicht vermerkt sehen, weil sie eine Kürzung der Rente befürchteten.

Ähnlich reagierten die Patienten auf die Frage, ob sie sich ihren Lebensabend in einem Altersheim

vorstellen könnten. Zwar beantworteten die Patienten diese Frage - wobei die Antworten mehr oder weniger unglaubwürdig klangen -, forderten aber sofort eine Rückversicherung, daß sie nicht auf Grund ihrer Aussage "eines Tages von irgend wem in ein Altersheim abtransportiert" würden.

Einige Frage, die die Privatsphäre des Patienten berührten, wurden teilweise zögernd, ausweichend oder pauschal beantwortet. Nur wenige Patienten gaben zu den "privaten" Fragen differenzierte Antworten.

Die Behauptung, daß Befragungen nicht ernst genommen werden, konnte hier nicht erhärtet werden. Vielmehr gaben sich die meisten Patienten sichtliche Mühe, mit ihren Äußerungen zu helfen.

Eine weitere Fehlerquelle ist in Stimmungsschwankungen zu sehen. Diese können eine erhebliche Instabilität der am einzelnen Befragten beobachteten Reaktionen bewirken, je nachdem, wann er für ein Interview angesprochen wird. KENDALL (1954, zit.n. SCHEUCH, 1962) hat den Anteil der hiervon betroffenen Befragten auf etwa 40 % geschätzt.

Auch waren die Patienten teilweise überfordert, wenn Gedächtnisleistungen erbracht werden sollten. Oder es wurden vorhandene Informationen in ihrem Wert für die Befragung überschätzt oder in unrichtige Zusammenhänge gebracht. So wurde z.B. aus einer der eigenen Erkrankung ähnlichen Krankheit in der Familie Erblichkeit der Krankheit des Patienten abgeleitet.

C. ERGEBNISSE

I. ÜBERBLICK AN HAND DES FRAGENKATALOGES:

1. Fragenkatalog

Nr.	Frage	Anzahl	Kriterium
1.	Geschlecht	63	weiblich
		37	männlich
2.	Familienstand	45	verheiratet
		32	verwitwet
		17	ledig
		6	geschieden
3.	Kinderzahl	33	kein Kind
		29	ein Kind
		18	zwei Kinder
		12	drei Kinder
		5	sechs-neun
		3	vier-fünf
4.	Religion	77	katholisch
		18	evangelisch
		5	ohne Bekenntnis
5.	Kasse	68	Pflichtkasse (AOK, BKK, IKK LKK)
		17	Ersatzkasse (BEK, DAK, (SCHWÄB.-GMÜNDER, Techniker)
		9	Selbstzahler (Post und alle Privatkassen)
		6	Sozialhilfeempfänger (LAG, Bundesbehandlung, Sozialamt Kriegsopfer, Wiedergutmachung)
6.	Schulbildung	80	Volksschule
		6	Realschule
		6	Gymnasium
		5	Fachschule
		2	Hochschule
		1	keine

7. Beruf	26	Hausfrau
	18	gelernter Arbeiter
	16	Handwerker, Meister
	15	ungelernter Arbeiter
	14	mittlerer Beamter, Angestellter
	4	höherer Beamter, Akademiker
	4	Unternehmer, Selbständiger
	3	Schüler, Lehrling
8. Zufriedenheit im Beruf	80	gern
	9	ungern
	6	bester Beruf
	5	Mittel zum Geldverdienen

Die Aufführung der Einzelergebnisse erübrigt sich für:

9. Geburtsjahr		Abb. 1
10. Alter bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit		Abb. 10
11. Alter bei der ersten Untersuchung		Abb. 12
12. Alter bei Erkrankungsbeginn		Abb. 3
13. Alter bei Diagnosestellung		Abb. 7
14. Berichtsalter		Abb. 1
15. Krankheitsdauer		Abb. 9
16. Diagnosen		Abb. 13
17. Verdachtsdiagnosen (quantitativ unergiebig)		
18. Wie beurteilten Sie Ihre Krankheit zu Anfang?	36	Sorgen gemacht
	31	leicht genommen
	28	keine Beachtung geschenkt
	5	wie jede andere empfunden
19. Wie hat sich das Krankheitsbild im Lauf der Zeit geändert?	45	verschlechtert
	25	gebessert
	14	wechselnd, unsicher
	13	konstant geblieben
	3	besorgniserregend verschlechtert

20. Wie beurteilen Sie Ihren jetzigen Gesundheitszustand?	50	weitgehend gesund
	19	verschlimmert
	14	gebessert
	6	konstant
	5	sehr verschlimmert
	4	keine sichere Bewertung
	2	gesund
21. Wissen Sie, welche Krankheit Sie haben?	87	ja
	12	nein
	1	Vermutung
22. Woher wissen Sie über Ihre Krankheit?	95	Arzt
	4	niemand
	1	andere
23. Wie haben Sie reagiert, als Sie die Diagnose erfuhren?	44	gleichgültig
	40	entsetzt, niedergeschlagen
	8	darunter nichts vorstellbar
	5	keine Reaktion
	3	froh, erleichtert
24. Wollten Sie von sich aus wissen, was Sie haben?	73	ja
	27	nein
25. Wie beurteilen Sie das Verhalten - in der Zeit Ihrer Krankheit - des Sie behandelnden Arztes?	95	hilfsbereit , gewissenhaft, gut
	4	uninteressiert
	1	entsetzt
26. - des Arbeitgebers?	84	keine Reaktion
	11	hilfsbereit, gewissenhaft, gut
	3	wurden entlassen
	2	uninteressiert
27. - Ihres Partners?	39	verständnisvoll, gut - sehr gut
	38	keine Reaktion
	7	besorgt
	5	hilfsbereit

	4	uninteressiert, gleichgültig
	3	mitleidend
	3	entsetzt
	1	ärgerlich
28. - Ihrer Kinder?	44	verständnisvoll, gut - sehr gut
	38	keine Reaktion
	7	uninteressiert, gleichgültig
	5	hilfsbereit
	5	besorgt
	1	mitleidend
29. - Ihrer Eltern?	79	keine Reaktion
	11	verständnisvoll, gut - sehr gut
	5	besorgt
	2	hilfsbereit
	2	entsetzt
	1	mitleidend
30. - Ihrer Geschwister und anderer Angehöriger?	37	keine Reaktion
	33	verständnisvoll, gut - sehr gut
	21	uninteressiert, gleichgültig
	5	entsetzt
	3	besorgt
	1	hilfsbereit
31. - Ihrer Freunde und Bekannten?	41	verständnisvoll, gut - sehr gut
	29	keine Reaktion
	12	uninteressiert, gleichgültig
	8	hilfsbereit
	6	mitleidend
	2	entsetzt
	2	besorgt

32. Welche Person hat Ihnen in praktischer Hinsicht am meisten geholfen?	27	Arzt
	23	Partner
	15	Kinder
	12	Eltern, Geschwister
	10	Angehörige
	8	keiner
33. Von welcher öffentlichen Institution haben Sie einmal praktische Hilfe oder finanzielle Zuwendungen erhalten?	5	Freunde
	85	keine
	7	Fürsorge
	3	sonstige
	2	Kasse
	1	Gesundheitsamt
34. Welche Person hat Ihnen in seelischer Hinsicht am meisten geholfen?	1	Firma
	1	religiöse Gemeinschaft
	28	selbst
	22	Partner
	14	geistliche Personen
	13	Kinder
	7	Angehörige
	5	Arzt
	4	Eltern und Geschwister
	4	Freunde, Bekannte
35. Haben Sie in Ihrem Glauben eine seelische Hilfe?	1	Krankenpfleger
	1	andere
	1	keiner
	61	nein
	39	ja
36. Worin besteht Ihre Lieblingsbeschäftigung, die Ihnen seelisch am meisten hilft?	34	Kinder, Haushalt, Spaziergänge u.ä.
	26	Hobby
	15	Bücher, bzw. Lesen
	13	Fernsehen
	6	Musik
	3	nichts
	1	Blumen, Garten
	1	Haustiere
	1	Radio

37. Um was machen Sie sich die größten Sorgen?	30	zukünftige Gesundheit
	27	keine Sorgen
	9	Schicksal der Angehörigen
	8	zukünftige wirtschaftliche Situation
	7	Schicksal der Kinder
	5	jüngstes Gericht
	4	zukünftige Leistungsfähigkeit
	4	Schicksal des Partners
	3	anderes
	3	Behinderung in einer Lebensaufgabe
38. Inwiefern ist Ihre Familie von Ihnen abhängig?	82	nicht abhängig
	12	vom Verdienst, bzw. Rente
	4	Hilfe zu Hause
	2	sonstige Leistungen
39. In welcher Hinsicht haben sich durch Ihre Krankheit Schwierigkeiten in der Heimpflege ergeben?	88	keine Schwierigkeiten
	7	schlechte Wohnverhältnisse
	3	keine Pfleger
	1	technische Pflegeschwierigkeiten
	1	anderes
40. Aus welchem Grunde möchten Sie nicht in ein Altersheim einziehen?	16	muß alleine sein
	16	auch Heim, wenn es nicht anders geht
	15	Angehörige nehmen Patienten auf
	14	Unabhängigkeit
	12	allgemein nur Schlechtes zu hören
	11	zustimmend
	6	entfällt
	4	fühlt sich in häuslicher Atmosphäre wohler
	3	finanziell günstiger
	2	zu Hause schöner
	1	Beteiligung an Aufgaben

41. Wie empfinden Sie Besuche?	63	erfreut über jeden
	28	manchmal Belastung
	5	am liebsten keinen
	4	erhält keinen Besuch
42. Aus welchen Motiven kommen die Besucher Ihrer Meinung nach zu Ihnen?	84	persönliche Verbundenheit
	7	keine Motive
	4	spontanes Mitleid
	1	Neugier, Forderungen
	1	praktische Hilfe
	3	beruflich
43. Inwiefern tragen Sie selbst die Verantwortung an Ihrer Krankheit?	85	nicht verantwortlich
	12	fahrlässig
	3	unbewußt
44. Inwiefern halten Sie andere Menschen für an Ihrem Leiden verantwortlich?	93	nicht verantwortlich
	6	fahrlässig
	1	unbewußt
45. Haben Sie das Gefühl, Ihrer Umgebung durch Ihre Krankheit lästig zu sein?	85	nicht zur Last
	13	lästig
	2	nicht lästig
46. Hat jemand aus Ihrer näheren Umgebung geäußert, Sie seien lästig oder eine Last?	90	nicht zur Last
	7	lästig
	2	nicht lästig
	1	Last
47. Was belastet Sie bezüglich der Zukunft am meisten?	45	nicht mehr gesunden, anderen zur Last
	14	Verschlechterung des Zustandes, Leiden
	11	keine Belastung
	8	Tod
	1	nicht mehr arbeiten, keine Aufgabe
	7	Familie nicht mehr versorgt, Not der Abhängigen
	5	kein Geld, eigene Existenznot
	1	anderes
	8	Invalidität

48. Wie wird sich Ihrer Meinung nach das Krankheitsbild in der Zukunft verändern?	52	gleichbleiben
	24	Besserung
	16	Verschlechterung
	5	Tod
	3	Heilung
49. Wie stehen Sie einer Defektheilung gegenüber?	63	wahrscheinlich mit abfinden
	30	unwichtig, Hauptsache leben
	4	gleichgültig
	2	unerträglich
	1	unentschieden
50. Wie stehen Sie dem chronischen Verlauf Ihrer Krankheit gegenüber?	75	wahrscheinlich mit abfinden
	19	unwichtig, Hauptsache leben
	3	gleichgültig
	2	unerträglich
	1	unentschieden
51. Wie sehen Ihre Gedanken über Sterben und Tod aus?	50	gleichgültig
	21	bewußt angenommen, plötzlich
	16	noch keine Gedanken gemacht
	10	unerträglich
	2	erwünscht
	1	unvorstellbar
52. Wie beurteilen Sie Ihr bisheriges Leben?	61	froh, so gelebt zu haben
	17	hätte mehr genießen können
	8	verpfuscht durch Krankheit, wenig Schönes erlebt.
	8	bereut
	4	nochmal leben
	1	hätte gesünder leben sollen
	1	hat nichts mit Krankheit zu tun
53. Wie stehen Sie dem Leben, das vor Ihnen liegt gegenüber?	80	keine Veränderungen
	5	Freude darauf
	5	gesünder leben
	4	intensiver leben
	3	vollkommene Umstellung
	2	mehr Schonung
	1	noch keine Gedanken gemacht

54. Wissen Sie etwas zur Ur- 58 nein
sache Ihrer Krankheit? 32 Vermutung
10 ja
55. Hat Ihre Krankheit eine 58 nein
seelische Ursache? 27 ja
15 unsicher
56. In welchem Umweltfaktor 43 keine Ursache der Umwelt
sehen Sie die Ursache 12 körperliche Überforderung
Ihrer Krankheit? 10 Ansteckung, Krankheit
10 Aufregung, seelischer Stress
8 Ernährung
8 verschiedene Faktoren (Krieg,
Verschmutzung der Umwelt)
5 Unfall
2 fraglich
1 keine Gedanken gemacht
1 Wohnverhältnisse
57. Halten Sie Ihr Leiden 68 nein
für erblich? 17 ja
15 fraglich
58. Sind Sie an einen Roll- 77 nein
stuhl gefesselt oder 14 teilweise
bettlägerig? 7 ja, dauernd
2 geht nicht aus
59. Seit welchem Alter? (Quantitativ unergiebig)
60. Sind Sie arbeitsunfähig? 57 ja
43 nein
61. Wie oft sehen Sie Ihren 42 mehrwöchiger Abstand (P)
Arzt? " (A)
(Initiative des Arztes A 26
" des Patienten P) 11 wöchentlich 1 x (P)
5 mehrmals wöchentlich (P)
5 größere Abstände
4 wöchentlich 1 x (A)
4 mehrmals wöchentlich (A)
2 täglich (A)
1 kein Hausarzt

Anmerkung:

Es war vorgesehen, zu einigen Fragen zusätzlich noch die Angehörigen des Patienten antworten zu lassen, um daraus Rückschlüsse ziehen zu können, inwieweit sich der Patient etwas vormacht oder ob er dem Befrager anders antwortet als er den Angehörigen Auskunft gegeben hatte. Leider war in der Mehrzahl der Fälle der Patient allein in der Wohnung (weil er allein stand oder die Angehörigen berufstätig waren), so daß sich keine Gelegenheit zu einer "objektiven" Äußerung über das Krankheitserlebnis ergab.

Die Beantwortung der Frage 17 (Verdachtsdiagnosen) und 59 (Alter bei Beginn der Bettlägerigkeit) waren quantitativ unergiebig.

Eine Computerauswertung der Einzelergebnisse ergab keine signifikanten statistischen Unterschiede in den einzelnen relativ kleinen Krankheitsgruppen.

2. ZUSAMMENFASSENDE DATEN DER MÄNNER UND FRAUEN:

a. Männer:

Die Männer gehen durchschnittlich erst in höherem Lebensalter zur erstmaligen Untersuchung, dann aber suchen sie den Arzt öfter auf als die Frauen. Sie wissen besser über ihre Krankheit Bescheid, schenken den ersten Krankheitssymptomen aber keine Beachtung. Auf die Diagnosemitteilung reagieren sie in gleicher Häufigkeit wie die Frauen mit Gleichgültigkeit; der Prozentsatz, der mit Entsetzen auf eine Diagnosemitteilung reagiert, ist aber höher als der der Frauen. Sie zeigen auch mehr Interesse, Aufklärung über ihre Krankheit zu erhalten.

Hinsichtlich der Zukunft haben sie angeblich keine Sorgen; wenn überhaupt, sorgen sie sich um die wirtschaftliche Situation in der Zukunft.

Die Ernährung wird häufiger als Krankheitsursache genannt. Eine Erbllichkeit der Krankheit wird von beiden Geschlechtern verneint. Auch wird im zukünftigen Leben keine Veränderung vorgenommen.

Ausgleich und Ablenkung von der Krankheit finden Männer im Hobby.

In praktischer Hinsicht hilft die Partnerin den Männern mehr als andere Personen.

Schwierigkeiten in der Hauspflege werden von beiden Geschlechtern verneint, ebenso halten sich alle Patienten für nicht lästig ihren Mitmenschen gegenüber.

Die Männer ziehen nicht in ein Altersheim, weil sie ihre Unabhängigkeit nicht aufgeben wollen.

Beide Geschlechter empfinden Besuche als wohltuend. Sie verdrängen nicht den Gedanken an den Tod, sondern sehen ihm ruhig entgegen.

Bei der Beantwortung der Fragen, die psychische Faktoren oder die Privatsphäre des Patienten betrafen, zeigten sich die Männer verschlossener als die Frauen (Angaben "nichts, keine" bei der Frage nach seelischer Hilfe durch Personen, relig. Institutionen, Freizeitbeschäftigung, auch nach Sorgen und Belastungen). Sie geben seelische Hilfe durch ihren Partner an.

b. Frauen:

Die Frauen gehen in jüngerem Alter eher zum Arzt als die Männer, sie nehmen ihre ersten Krankheitssymptome leicht, sorgen sich um ihre Gesundheit mehr als um das

Schicksal der Familie oder die wirtschaftliche Situation. Die größte Belastung hinsichtlich der Zukunft ist wie bei den Männern die zukünftige Gesundheit.

Sie hoffen beide darauf, daß das Leiden nicht fortschreitet.

Zur Ursache der Krankheit können beide Geschlechter keine sicheren Angaben machen, doch nehmen die Frauen häufiger eine psychische Ursache an. An Umweltfaktoren nennen sie häufiger körperliche Überforderung und vorausgegangene Krankheit. Der Arzt hilft den Frauen in praktischer Hinsicht am meisten. Die Frauen ziehen nicht in ein Altersheim, weil die Angehörigen sie aufnehmen werden. Sie denken bei Sorgen und Belastungen hinsichtlich der Zukunft an die Familie mehr als an die wirtschaftliche Situation.

II. DARSTELLUNG UND AUSWERTUNG DER ERGEBNISSE IM EINZELNEN:

Im Mittelpunkt der Untersuchung stand die Frage nach psychischen Veränderungen bei chronisch kranken Patienten. Es wurde versucht, im Gespräch mit den Patienten hierauf eine Antwort zu finden.

1. Geschlechtsverteilung:

Das Patientengut dieser Befragung setzte sich zusammen aus 63 weiblichen und 37 männlichen Patienten, d.h. die Frauen waren fast doppelt so stark vertreten wie die Männer. Daraus ist der Schluß zu ziehen, daß in der Klientel der angesprochenen Ärzte die Frauen mit chronischen Krankheiten überwiegen.

Dazu kommt aber, daß in dieser Stichprobe einige geschlechtsspezifische Erkrankungen vorlagen, die das Geschlechtsverhältnis zusätzlich beeinflussen. SUCHMAN (zit.n. PFLANZ, 1966) fand dazu, daß Frauen prozentual häufiger an chronischen Krankheiten leiden als Männer.

Auch SCHUBERT, der unter der Gesamtzahl der Klinik-aufnahmen der Städt. Krankenanstalten Nürnberg 1973 einen Anteil von rund 50 % chronisch Kranken fand, registrierte dabei 58,2 % Frauen und 41,9% Männer. In Übereinstimmung damit gibt der GESUNDHEITSBERICHT 1971 eine allgemein höher liegende Erkrankungsziffer für die Frauen an (auch: SCHWARZENAUER, 1972). Außerdem ist die altersbedingte Zunahme der Krank-heiten beim weiblichen Geschlecht besonders ausgeprägt.

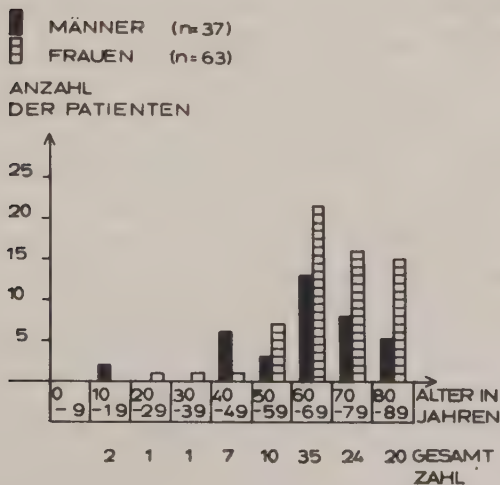
Bei beiden Geschlechtern ist die Zunahme der Er-krankungen weniger auf einen altersbedingten Anstieg akuter Erkrankungen zurückzuführen als auf die stei-gende Zahl von regelmäßig zu versorgenden chronischen Krankheiten. (GESUNDHEITSBERICHT, 1971)

2 a. Altersverteilung:

Auf Grund der verbesserten sozialen Verhältnisse, der Fortschritte der medizinischen Forschung, Diagnostik und Therapie, der zielbewußten Hygiene, der pflegerischen Maßnahmen (KLOSE, 1963; MÜLLER-WALLRAF, 1963; SCHÖLMERICH, 1967) ist es zu einer erheblichen Zunahme alter Menschen gekommen. Dem entsprechend finden sich in unserer Studie häufig Krankheiten, die sich auf Grund erhöhter Sensibilität und der Abbauvorgänge im Alter entwickeln (KOHN, 1963).

Über die altersmäßige Zusammensetzung unserer 100 Patienten gibt die graphische Darstellung der Abb. 1 Aufschluß.

Abb. 1 : Altersstruktur:

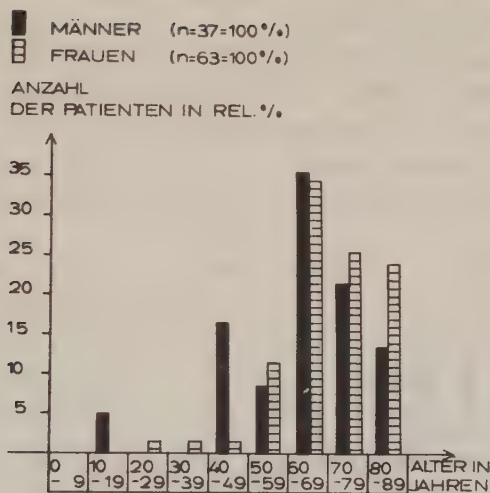


Aus der graphischen Darstellung der Altersverteilung ist der große Anteil der älteren, d.h. der über 60 Jahre alten Patienten ($n=79$) deutlich ersichtlich. Das entspricht über $3/4$ des Gesamtkollektivs; diese Gruppe ist etwa 3.8 mal größer als die der unter 60 Jahre alten Patienten ($n=21$).

Aus diesem hohen Prozentsatz der Älteren - das Durchschnittsalter des Gesamtkollektivs liegt bei 66.15 Jahren - darf nicht geschlossen werden, daß sich die Klientel des niedergelassenen Arztes zu über 75 % aus alten Menschen zusammensetze. Das Patientengut dieser Befragung stellt nur einen Querschnitt durch den Anteil der chronisch kranken Patienten dar.

Die Patientengruppe der 60-69-Jährigen hatte mit 35 den höchsten Anteil am Gesamtpatientengut. Die Geschlechtsverteilung innerhalb der Altersgruppen entsprach der des Gesamtkollektivs: in jeder Altersgruppe waren doppelt so viele Frauen wie Männer vertreten, ausgenommen die Gruppe der 40-49-Jährigen, in der die Männer ($n=6$) gegenüber dem weiblichen Geschlecht ($n=1$) deutlich überwogen. In der Gruppe der 80-89-Jährigen waren $3/4$ Frauen gegenüber $1/4$ Männern.

Abb. 2: Altersstruktur in Relativprozent



Es zeigte sich, daß in der Gruppe der 40 - 49-Jährigen die Männer um 15 % stärker vertreten sind als die Frauen. In der Gruppe der 80 - 89-Jährigen sind die Frauen dagegen um 10 % stärker vertreten. In den übrigen Altersgruppen ist der Relativprozentsatz der Männer und Frauen annähernd gleich.

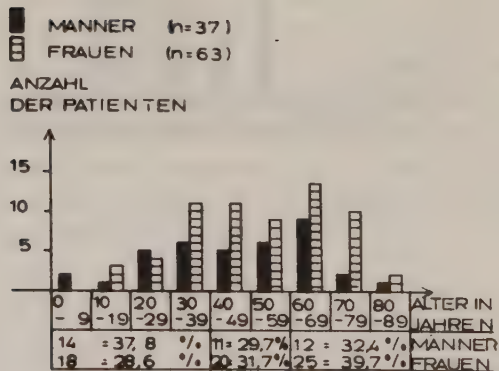
2 b. Alter und Krankheit:

Nach den Untersuchungen von SCHWARZENAUER (1972) wird der prozentuale Anteil der "kränklich" genannten Personen mit zunehmendem Alter erwartungsgemäß immer höher.

Vergleichbare Ergebnisse konnten in unserer Untersuchung gefunden werden.

Aus der Abb. 3 ist das Alter der Patienten ersichtlich, in dem sie an ihrem Leiden erkrankten.

Abb.3: Alter bei Erkrankungsbeginn



Es findet sich ein erster Häufigkeitsgipfel zwischen dem 30. und 39 Lebensjahr ($n=17$), und ein zweiter zwischen dem 60. und 69. Lebensjahr ($n=22$). Die absoluten Zahlenangaben über Männer und Frauen schwanken

nicht stark; aus den Relativprozentangaben ist aber zu ersehen, daß die Erkrankungshäufigkeit der Männer in diesem Kollektiv bis zum 39. Lebensjahr mit 37.8 % die der Frauen deutlich überwog. In den späteren Jahren überwog die Erkrankungshäufigkeit der Frauen.

Hier waren von 100 chronisch kranken Patienten bis zum 29. Lebensjahr 15 Patienten erkrankt, zwischen dem 30. und 49. Lebensjahr 33, vom 50. bis zum 60. Lebensjahr 15 und jenseits des 60. Lebensjahres 37 Patienten.

Unterteilt man ähnlich wie SCHWARZENAUER, so erhält man annähernd gleiche Zahlenverhältnisse:

Erkrankt waren	eig. Ergebn.		SCHWARZENAUER
bis zum 29. Lebensjahr	15 %		
30. bis 45. Lj.	40 %	(25)	50 %
46. bis 60. Lj.	65 %	(25)	70 %
über 60 Jahre	100 %	(35)	90 %

(Die Zahlen in Klammern geben die Anzahl der Ersterkrankungen in den einzelnen Altersgruppen an).

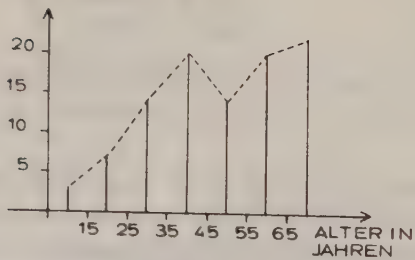
Die Abb. 4 zeigt die Häufigkeit der Ersterkrankungen an den im Gesamtpatientengut enthaltenen Krankheiten in den einzelnen Altersgruppen, wogegen die Abb. 5 die Aufteilung nach Geschlechtern zeigt (Abb. 6 zeigt dieselben Verhältnisse, ausgedrückt in Relativprozent).

Abb. 4: Häufigkeit der Ersterkrankung in den einzelnen Altersgruppen

Alter (J.) Anzahl

1 - 15	3
16 - 25	7
26 - 35	14
36 - 45	20
46 - 55	14
56 - 65	20
ab 65	22

ANZAHL
DER PATIENTEN

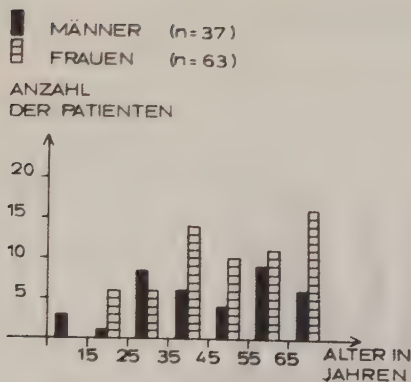


ALTER (J) ANZAHL

1 - 15	3
16 - 25	7
26 - 35	14
36 - 45	20
46 - 55	14
56 - 65	20
AB 65	22

Abb. 5: Häufigkeit der Ersterkrankung nach Geschlechtern (absolut)

Alter (J.)	Männer	Frauen
1 - 15	3	
16 - 25	1	6
25 - 35	8	6
36 - 45	6	14
46 - 55	4	10
56 - 65	9	11
ab 65	6	16

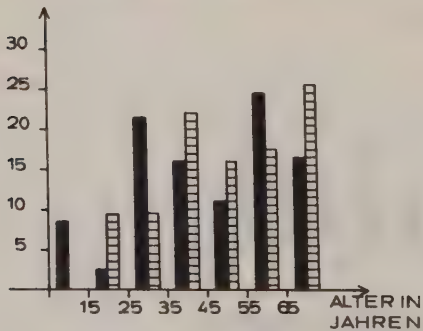


ALTER (J.)	MÄNNER	FRAUEN
1 - 15	3	6
16 - 25	1	6
26 - 35	8	6
36 - 45	6	14
46 - 55	4	10
56 - 65	9	11
AB 65	6	16

Abb. 6: Häufigkeit der Ersterkrankung nach Geschlechtern in Relativprozent

Alter (J.)	Männer	Frauen
1 - 15	8.1%	
16 - 25	2.7%	9.5%
26 - 35	21.6%	9.5%
36 - 45	16.2%	22.2%
46 - 55	10.8%	15.9%
56 - 65	24.3%	17.5%
ab 65	16.2%	25.4%

 MÄNNER (n=37=100%)
 FRAUEN (n=63=100%)
 ANZAHL
 DER PATIENTEN IN REL.%



ALTER (J.)	MÄNNER	FRAUEN
1 - 15	8,1%	
16 - 25	2,7%	9,5%
26 - 35	21,6%	9,5%
36 - 45	16,2%	22,2%
46 - 55	10,8%	15,9%
56 - 65	24,3%	17,5%
AB 65	16,2%	25,4%

Die meisten Patienten (22, also gut $1/5$) erkrankten jenseits des 65. Lebensjahres erstmals an der als Hauptbefund aufgeführten Krankheit. Der Anstieg der Ersterkrankungen jenseits des 65. Lebensjahres dürfte mitbedingt sein durch das Auftreten der echten Alterserkrankungen bzw. der erhöhten Sensibilität und häufigeres Auftreten von Kombinationen von Erkrankungen (SEIFERT, 1970; KOHN, 1963). Nach dem GESUNDEITSBERICHT 1971 ist festzustellen, daß die Morbidität der Erwerbspersonen erheblich niedriger ist als die der nicht am Erwerbsleben Beteiligten, und diese Differenz ist bei beiden Geschlechtern festzustellen. In unserer Patienten-Gruppe war der Anteil der Rentner mit 84 von 100 sehr hoch.

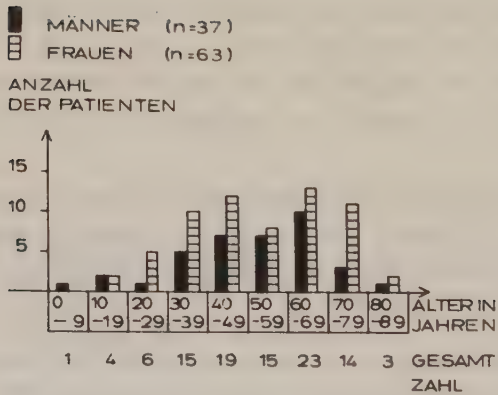
Die Streubreite des Beginns bestimmter Krankheiten ist so groß, daß von keiner spezifischen Bindung an das Alter gesprochen werden kann. (JOKL. zit.n.LÖWE, 1969).

Die folgende Abb. 7 gibt das Alter der Patienten wider, in dem die Diagnose gestellt wurde. Diese Abbildung unterscheidet sich nur unwesentlich von der Abb. 3, in der das Erkrankungsalter dargestellt ist.

Abb. 7: Alter der Patienten bei Diagnosestellung

Abszisse: Alter in Jahren

Ordinate: Anzahl der Patienten

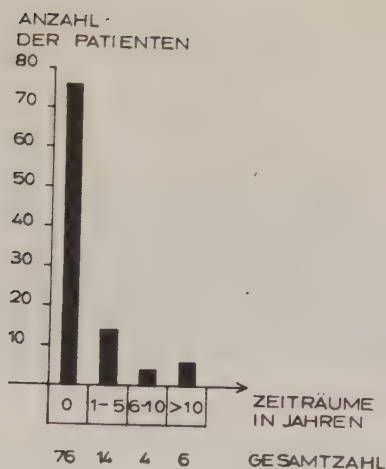


Interessanter ist aber die Frage nach dem Zeitraum, der vom Krankheitsbeginn bis zur Stellung der Diagnose verging.

Abb. 8: Diagnosealter - Erkrankungsalter = Zeitraum zwischen Erkrankungsbeginn und Diagnosestellung

Abszisse: Zeitraum in Jahren

Ordinate: Anzahl der Patienten, die die jeweiligen Zeiträume angeben.



- Hierbei wird folgendes ersichtlich:
76 Patienten gaben an, daß die Diagnose im Jahre der Erkrankung gestellt worden sei. 14 Patienten gaben einen Zeitraum von 1 - 5 Jahren an. Bei 4 Patienten ergibt sich eine Zeitspanne von 6 - 10 Jahren,

und bei 6 Patienten sollen die folgenden Diagnosen nach mehr als 10 Jahren gestellt worden sein:

nach 12 Jahren: Haemangiom

" Ulcus duodeni

" arterielle periphere Durchblutungsstörungen

nach 15 Jahren: Magen-Carcinom

" 20 " : Arthrosis deformans

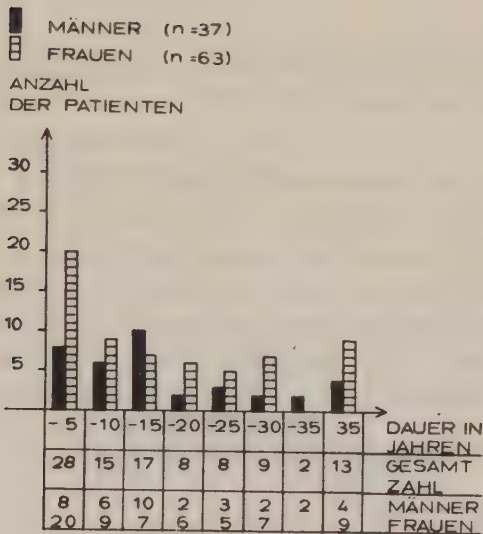
" 31 " : Magenulcera

Es liegen dieser Aufstellung nur Angaben der Patienten zugrunde, d.h. es wurde keine Rücksprache mit den Ärzten genommen. Es ist wahrscheinlich, daß die Diagnosen bereits früher feststanden, als es den Patienten bekannt war. Dazu kommt, daß viele Patienten bei dieser Frage geistig überfordert zu sein schienen und keine exakten Angaben machen konnten.

Es ist möglich, daß einmal der Zeitraum von Erkrankungsbeginn bis zur Diagnosestellung zu klein, andererseits zu groß angegeben wurde.

Aus der Differenz des Berichtsalters und des Erkrankungsalters läßt sich die Dauer der Krankheit berechnen.

Abb. 9: Berichtsalter - Erkrankungsalter = Krankheitsdauer



Die Abbildung zeigt, daß ein Drittel der Patienten erst seit kürzerer Zeit (bis zu 5 Jahren) krank ist. Ein weiteres Drittel gab den Zeitraum 6 - 15 Jahre als Krankheitsdauer an, während sich das letzte Drittel über 20 - 35 und mehr Jahre verteilte. Es ist zu ersehen, daß mit zunehmender Krankheitsdauer die Zahl der Patienten erwartungsgemäß abnimmt.

Es zeigt sich ein sprunghafter Anstieg bei der Zeitangabe von über 35 Jahren. 13 Patienten gaben diese Krankheitsdauer an. Die Krankheiten, an denen sie litten, waren: Herzinsuffizienz, chron. Gelenkrheuma, Myokardschaden, Vitium cordis, Arthrosis deformans (n=2), Emphysebronchitis, chron. Pyelonephritis, ess. Hypertonie, Magengeschwüre, Glaukom, Polyarthritits (n=2) und Asthma bronchiale.

Als arbeitsunfähig bezeichneten sich 57 Patienten, 43 dagegen als arbeitsfähig!

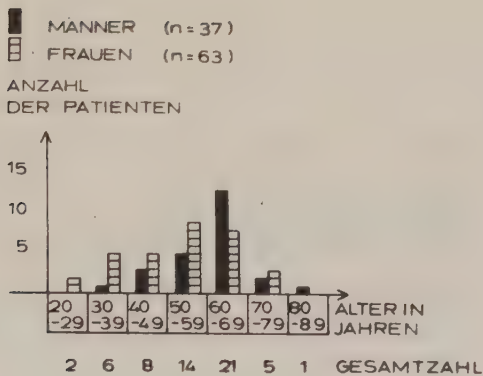
Die Abb. 10 zeigt das Alter der Patienten (n =57) bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit durch die als Hauptdiagnose angegebene Krankheit.

Weitaus die meisten Patienten (n=41) waren bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit über 50 Jahre alt (vgl. auch die hohe Zahl der Rentner dieses Kollektivs). Bei weiteren 16 Patienten stellte sich die Arbeitsunfähigkeit im 20. - 49. Lebensjahre ein.

Abb. 10: Alter bei Beginn der Arbeitsunfähigkeit

Abszisse: Altersgruppen in Dezennien

Ordinate: Anzahl der Patienten nach
Geschlechtern unterschieden



77 Patienten waren nicht bettlägerig, d.h. sie konnten sich frei und unabhängig bewegen. 2 Patienten waren zwar nicht bettlägerig, konnten aber das Haus ohne fremde Hilfe nicht verlassen und verzichteten deshalb ganz darauf.

14 Patienten waren zeitweise bettlägerig, 7 dauernd an Bett oder Rollstuhl gefesselt.

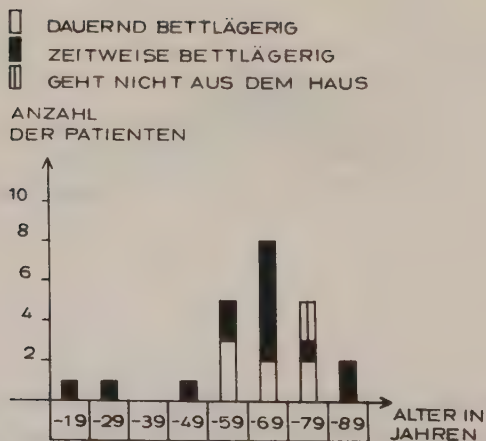
In der Abb. 11 ist graphisch das Alter der Patienten dargestellt, die bettlägerig waren oder das Haus nicht mehr verlassen konnten. Dabei sind die Nicht-Bettlägerigen nicht berücksichtigt.

Abb. 11: Alter und Grad der Bettlägerigkeit

Abszisse: Alter in Jahren

Ordinate: Anzahl der Patienten

1. ja, dauernd bettlägerig
2. zeitweise bettlägerig
3. geht nicht aus dem Hause



3. Soziale Faktoren

a. Schulbildung und Berufswahl:

80 Patienten hatten Volks- bzw. Berufsschulabschluß. Nach dem Schulbesuch wurden folgende Berufe gewählt: 22 wurden Hausfrauen, 16 Handwerker, 16 gelernte Arbeiter, 14 ungelernte Arbeiter, 9 mittlere Beamte, 2 waren selbständig tätig, und ein Patient war Schüler.

6 Patienten hatten Realschulabschluß. Danach wurden drei mittlere Beamte, 2 gelernte Arbeiter und einer höherer Beamter.

6 Patienten hatten das Gymnasium besucht. Je einer wurde höherer Beamter und selbständig, 4 waren Hausfrauen. 2 Patienten hatten Hochschulabschluß. Beide wurden höhere Beamte.

5 Patienten hatten Fachschulabschluß. Einer war selbständig tätig, zwei waren mittlere Beamte und 2 noch Schüler. Eine Patientin ohne Schulabschluß war aus Polen geflohen und ungelernte Arbeiterin.

Der Anteil der Arbeiter macht ein Drittel aller Patienten dieser Stichprobe aus. Von 63 weiblichen Patienten gaben 26 "Hausfrau" als Beruf an, den 24 auch noch ausübten. 37 der weiblichen Patienten hatten demnach einen Beruf erlernt und auch ausgeübt; allerdings waren nur noch 7 Frauen in ihren angegebenen Berufen (außer Hausfrau) tätig.

Von 37 männlichen Patienten waren nur noch 12 in ihrem angegebenen Beruf tätig. Das erhellt auch aus der Tatsache, daß 79 Patienten über 60 Jahre alt waren und der Prozentsatz der Rentner mit 84 sehr hoch lag.

Über die Zufriedenheit im Beruf gaben 6 Patienten an, sie hielten ihren Beruf für den besten, den es überhaupt gebe. 80 Patienten übten ihren Beruf gern aus,

9 dagegen ungern. 5 Patienten sahen in ihrem Beruf nur ein Mittel zum Geldverdienen.

Nach SCHWARZENAUER haben Männer, die mit ihrem Beruf völlig zufrieden sind, einen besseren Gesundheitszustand als die unzufriedenen.

Untersucht man die Angaben unserer Erhebung zu diesen Fakten, so ergibt sich folgendes:

Von insgesamt nur 14 mit ihrem Beruf unzufriedenen Patienten gaben 7 an, ihr derzeitiger Gesundheitszustand sei gut, ebensoviele bezeichneten ihn als schlecht, also jeweils 50 %. Demgegenüber waren von 86 mit ihrem Beruf zufriedenen Patienten ($n=64$) mit ihrem Gesundheitszustand zufrieden ($=74\%$); 22 ($=26,0\%$) hielten ihren Gesundheitszustand für schlecht.

Es zeigt sich also tatsächlich, daß der Prozentsatz der im Berufsleben zufriedenen Patienten mit subjektiv gutem Gesundheitszustand höher ist als der der Unzufriedenen.

Oder anders: In der Gruppe der mit dem Beruf Unzufriedenen ist auch der Prozentsatz der Patienten, die ihren Gesundheitszustand als schlecht bezeichnen, höher.

Dies stimmt mit den Angaben von SCHWARZENAUER überein.

b. Gesundheitsverhalten:

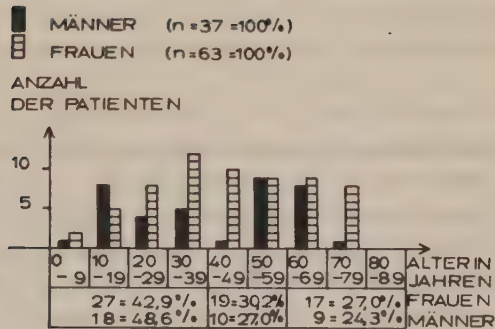
Bei der Entscheidung, einen Arzt aufzusuchen, spielen nicht nur medizinische, sondern auch psychologische und soziologische Faktoren eine Rolle. (PFLANZ, 1966; PICKEN, 1969; BRANDT, 1961; GEIGER, 1962; TAGLIACCOZZO, 1970; SCHWARZENAUER, 1972; KOOS, 1954). Das Wissen um die Krankheit (TAGLIACCOZZO, 1970) und der Gesund-

heitszustand selbst (PFLANZ, 1966), die Schulbildung, die Konfession (PFLANZ, 1965) und das Alter sind Faktoren, die das Gesundheitsverhalten beeinflussen. Die Abb. 12 zeigt das Alter der Patienten, in dem sie zum ersten Male eingehend untersucht wurden.

Abb. 12: Alter der Patienten bei der ersten Untersuchung

Männer (n=37=100%)

Frauen (n=63=100%)



Hierbei wird deutlich, daß von 63 weiblichen Patienten 27 $\hat{=}$ 43 % bis zum 39. Lebensjahr eingehend untersucht worden waren, während 19 $\hat{=}$ 30 % zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr und 17 $\hat{=}$ 27 % erst jenseits des 60. Lebensjahres gründlich untersucht wurden.

In gleichen Zeiträumen (bis zum 39. Lebensjahr) wurden von 37 männlichen Patienten 10 $\hat{=}$ 49 %, zwischen dem 40. und 59. Lebensjahr 10 $\hat{=}$ 27 % und jenseits des 60. Lebensjahres 9 $\hat{=}$ 24 % eingehend untersucht.

Aus der Abb. 12 geht eine gleichmäßige Verteilung der Erstuntersuchung über die einzelnen Dezennien bei den Frauen hervor mit einem Höhepunkt zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr, während bei den Männern eine größere Streuung resultiert.

Dieser Unterschied hängt wahrscheinlich damit zusammen, daß die Frauen wegen der Möglichkeit einer gynäkologischen Erkrankung im allgemeinen früher und häufiger den Arzt aufsuchen und somit - bei gegebenem Anlaß - früher eingehend untersucht werden als die Männer.

Das Patientenkollektiv ist aber zu klein, um hieraus eine allgemeingültige Regel ableiten zu können.

Wir stellten weiterhin die Frage nach der Häufigkeit der Kontakte zwischen Arzt und Patient. Um zu erfahren, wie gut der Kontakt zwischen behandelndem Arzt und Patient sei, wurde die Frage unterteilt nach Initiativen des Patienten oder des Arztes. Dabei suchten 42 Patienten von sich aus den Arzt in mehrwöchigen Abständen auf, 11 wöchentlich einmal, 5 mehrmals wöchentlich.

Vom Arzt wurden 26 Patienten in mehrwöchigen Abständen besucht, 4 wöchentlich einmal und 4 mehrmals in der Woche; 2 Patienten wurden täglich besucht. 5 Patienten konnten keine Regelmäßigkeit angeben, 1 Patient hatte keinen Hausarzt.

Tab. 4: Aktive und passive Arztbesuche in Abhängigkeit vom Alter

	bis	19	29	39	49	59	69	79	89	Jahren	Gesamt
täglich				1		1					2
mehrm. wö.							6	2	1		9
wö. 1 x			1		2	3	6	3			15
mehrwö.Abst. 1					2	5	23	19	18		68
anderes		1			2	1			1		5
kein HA					1						1

Bei unserer Untersuchung zeigte sich in Abhängigkeit vom Alter, daß weitaus die meisten Patienten ($n = 68$) in mehrwöchigem Abstand Kontakte mit dem Arzt hatten. Es waren dies erstaunlicherweise in der Hauptsache die über 60 Jahre alten Patienten. Nur wenige ($n=9$) der über 60 Jahre alten Patienten sahen den Arzt mehrmals wöchentlich. 15 Patienten zwischen 40 und 79 Jahren sahen den Arzt einmal wöchentlich. Also auch die alten Patienten mit chronischen Krankheiten gehen nicht häufiger zum Arzt als die jüngeren. Nach PFLANZ (1966) gehen aber ältere Personen wegen bedeutenderen Gesundheitsproblemen im allgemeinen häufiger zum Arzt. Verschiedene Statistiken zeigen, daß im Durchschnitt jede Person 3 - 6 mal im Jahr den Arzt aufsucht (ANDERSON, zit. n. PFLANZ, 1966). Angaben darüber, wieviele Kontakte sich im Jahr ergeben, konnten nicht gemacht werden, da auch die Kontakte in mehrwöchigen Abständen nicht regelmäßig erfolgten.

Bei der Betrachtung dieser Frage in Abhängigkeit vom Geschlecht zeigt sich, daß insgesamt Frauen seltener ihren Arzt sehen als die Männer, daß sie aber in

jüngeren Jahren eher zum Arzt gehen als die Männer.(vgl. Abb. der ersten Untersuchung, Abb.Nr.12)

Tab. 5: Arztbesuche in Abhängigkeit vom Geschlecht

	Männer (n=37 = 100 %)	Frauen (n=63 = 100 %)
täglich		2 = 3 %
mehrmals wöchentl.	5 = 14 %	4 = 6 %
wöchentlich 1 x	5 = 14 %	10 = 16 %
mehrwö. Abstand	22 = 60 %	46 = 73 %
anderes	4 = 11 %	1 = 2 %

Auch in der Literatur finden sich Angaben darüber, daß Frauen wesentlich weniger gesundheitsorientiert sind als Männer (SCHWARZENAUER, 1972).

Patienten, deren Ausbildung mit der Volksschule abschloß, tun angeblich weniger für ihre Gesundheit als andere (SCHWARZENAUER, 1972). Wir konnten dies nicht bestätigt finden; alle Patienten, die nach der Volksschule eine weiterbildende Schule besuchten, sahen ihren Arzt nur in mehrwöchigen Abständen. Von insgesamt 80 Volksschülern hatten immerhin 23 mindestens einmal pro Woche Kontakt mit dem Arzt.

Das Wissen um die Krankheit spielt dagegen im Gesundheitsverhalten auch unserer Gruppe eine große Rolle. 87 Patienten gaben an, über ihre Krankheit Bescheid zu wissen (53 Frauen und 34 Männer), wogegen 9 Frauen und 3 Männer nichts über die Krankheit wußten; eine Frau vermutete die Diagnose.

Nach der Schulbildung aufgeschlüsselt kannten ihre Diagnose 68 Volks- und Berufsschüler, 5 Realschüler,

6 mit Gymnasialbildung , 2 mit Hochschulbildung, 5 Fachschüler und eine Patientin ohne Schulabschluß.

Eine Patientin, die eine Vermutung hinsichtlich der Diagnose hatte, hatte Volksschulabschluß.

11 Volksschüler und 1 Realschüler gaben an, ihre Diagnose nicht zu kennen.

In der Gruppe derer, die ihre Diagnose nicht kannten, waren von 12 Patienten 2 ungelernte und 5 gelernte Arbeiter, 3 Handwerker und 2 Hausfrauen.

Die Patienten, die ihre Diagnose kannten, verteilten sich gleichmäßig über die einzelnen Berufsgruppen.

Hinsichtlich einer besseren Orientierung über die eigene Gesundheit oder über bessere medizinische Grundkenntnisse ergaben sich zwischen den einzelnen Berufsgruppen keine deutlichen Unterschiede. Hierzu ist auch die Anzahl der Vertreter in den einzelnen Berufsgruppen zu klein.

Erstaunlich ist der hohe Prozentsatz der Patienten, die angeblich über die Krankheit Bescheid wußten. Da aber der Zeitpunkt der Diagnosestellung meist lange zurücklag, waren die Patienten in der Zwischenzeit dadurch mit ihrer Krankheit vertraut geworden, daß sie in eine Krankenrolle hineinwuchsen, sich mit der Krankheit beschäftigten und Vergleiche ihres eigenen Falles mit Verlauf und Symptomatik anderer ihnen bekannter Krankheitsfälle anstellten.

Das Wissen um die Krankheit soll nach TAGLIACCOZZO (1970) das Gesundheitsverhalten positiv beeinflussen.

87 Patienten gaben an, über ihre Krankheit Bescheid zu wissen, 62 von ihnen suchten den Arzt in mehrwöchigem Abstand auf, 24 waren mindestens einmal wöchentlich beim Arzt.

Von den Patienten, die nichts von ihrer Krankheit

wußten (n=12), gingen 11 in mehrwöchigem Abstand zum Arzt.

Danach beeinflußt das Wissen um die Krankheit das Gesundheitsverhalten des Patienten, wenn auch der Prozentsatz der wissenden Patienten, die häufiger zum Arzt gehen, recht gering ist (28 Rel.-%)

4. Arzt und Patient:

Es wurde in allen Gesprächen zwangsläufig immer wieder das Arzt-Patient-Verhältnis angesprochen. Dabei gab es viele Klagen, die recht deprimierend waren. Bei Angriffen und Vorwürfen gegen die gesamte Ärzteschaft blieb keine Fachrichtung verschont. Das zeigt, wie sehr sich das Verhältnis Arzt-Patient verändert hat. Volles Vertrauen ihrer Patienten genießen längst nicht mehr alle Ärzte. Nicht der letzte Grund dafür ist, daß die Patienten durch die Massenmedien laufend über Neuerungen auf dem Gebiet der Medizin unterrichtet werden und daher aufmerksamer und kritischer ihre Behandlung verfolgen.

Durch die Überbetonung aktiver und spektakulärer Heilungen ist ein Bild erzeugt worden, das unrealistische Erwartungen auf seiten der Bevölkerung hervorruft und notgedrungen zu Enttäuschung an der Medizin führt (PFLANZ, 1965). Das Denken der Patienten wird von den Medien vielfach dahin manipuliert, daß sie von ihrem Arzt nur Behandlungserfolge erwarten. Bleibt dieser Erfolg, der häufig in anderen Fällen eingetreten sein mag, aus, so hat der Arzt aus der Sicht des Patienten versagt: der Patient entzieht dem Arzt das Vertrauen. Zur Verdeutlichung soll ein solcher Fall geschildert sein: Eine Patientin (57 Jahre) litt an einer chronisch aggressiven Hepatitis. Sie erhob gegen den sie

behandelnden Arzt den Vorwurf, er habe ihre Krankheit nicht erkannt, und sie sei dementsprechend falsch behandelt worden. Dies habe nicht passieren dürfen, denn: "Der hat ja Medizin studiert!"

Bei der Überprüfung des Falles und bei Einsichtnahme der Kartei ergaben sich folgende Fakten: Bei der Patientin wurden pathologische Leberwerte festgestellt. Sie wurde angehalten, sich zu regelmäßigen Kontrollen wiedervorzustellen. Daraufhin wechselte die Patientin den Arzt. Nach Ablauf von sechs Jahren erschien die Patientin wieder bei ihrem vorherigen Hausarzt. Mittlerweile hatte sich ihr Gesundheitszustand dahingehend verändert, daß sich nun eine chronisch aggressive Hepatitis ausgebildet hatte.

Als ihr die Diagnose mitgeteilt wurde, gab sie die Schuld an dieser Veränderung dem Arzt; tatsächlich aber hatte sie durch Nichtbeachtung der ärztlichen Empfehlung wichtige Chancen verpaßt. Es bleibt offen, ob sich nicht auch dann, wenn die Patientin in Behandlung des ersten Arztes geblieben wäre, eine chronisch aggressive Hepatitis ausgebildet hätte. - Bei einer erneuten Begegnung mit dieser Patientin war sie viel freundlicher gestimmt und gab u.a. an, die Diagnose sei im Jahre der Ersterkrankung sofort richtig gestellt worden (anfangs hatte sie diese Zeitspanne mit 35 Jahren angegeben!).

Grund für die Stimmungsänderung war der Umzug in eine neue Wohnung am Stadtrand - sie hatte vorher in sehr schlechten Wohnverhältnissen leben müssen. Ihre innere Zufriedenheit dokumentierte sie mit den Worten: "Ich sehe einem ruhigen Lebensabend entgegen!"

Dies bestätigt u.a., in welchem Maße Umweltbedingungen das Verhalten des Patienten bestimmen können.

Wie bereits erwähnt, wurden viele Klagen laut über das Verhältnis zwischen Arzt und Patient. Nach Aussagen vieler Patienten besteht eine tiefe Kluft zwischen beiden, über welche hinwegzukommen den meisten Patienten unmöglich ist.

Hauptsächlich wurde damit die mangelnde Aussprache zwischen Arzt und Patient kritisiert; wenn aber etwas gesagt werde, sei es zu wenig ehrlich und offen.

Bei den vielfältigen Beschwerden über dieses schlechte Verhältnis ist es aber bemerkenswert, daß 95 Patienten ihre Diagnose von dem behandelnden Arzt erfahren haben.

Demgegenüber gaben aber nur 87 Patienten an, ihre Diagnose zu kennen, 12 Patienten wußten ihre Diagnose nicht, und eine Patientin hegte nur eine Vermutung.

4 Patienten hatten angeblich mit niemandem über ihre Krankheit gesprochen.

Diese Zahlenangabe deckt sich nicht mit der Angabe, daß 12 Patienten nicht wußten, woran sie erkrankt waren und eine Patientin nur etwas vermutete. Diese Diskrepanz kommt dadurch zustande, daß von diesen 13 Patienten 4 zwar mit irgendwem darüber gesprochen hatten, trotzdem aber ihre Diagnose nicht wußten; d.h. sie kannten ihre Krankheit aus eigener Beobachtung, konnten aber die Diagnose nicht benennen; oder sie hatten ihre Diagnose vom Arzt gehört, konnten aber diese Diagnose nicht deuten oder verstehen.

Die Patienten hatten insgesamt das Bedürfnis, ein persönliches Gespräch zu führen, all ihre Nöte, Sorgen und Ängste vor einem Menschen auszusprechen, der Zeit für sie hat. Der Befrager mußte also Zeit für die Patienten mitbringen.

Da Kirche und auch viele Familienangehörige sich

häufig nicht sonderlich um die persönlichen Belange des kranken Patienten kümmern, sollte der Arzt die Möglichkeit, die Krankheit in einem therapeutischen Gespräch psychologisch anzugehen, besser ausnutzen.

Selbstverständlich ist es unmöglich, alle Patienten in dieser Art behandeln zu wollen, wenn das Wartezimmer voll ist. Es ist also wesentlich eine Zeitfrage, die unmöglich in allen Fällen gelöst werden kann. Aber es ist doch auffällig, daß viele Patienten Klage darüber führen: "Der Arzt sagt nicht gerne was, der hat ja auch nie Zeit!"

Aus Zeitmangel oder Desinteresse gehen die Ärzte zu wenig auf die Persönlichkeit des Patienten ein. Ein Patient gab sogar an, daß ein Arzt zu ihm gesagt habe: "Wenn wir uns darum (-um die psychische Situation des Patienten-) auch noch kümmern sollten...!" Es gibt sicherlich einige besonders schwerwiegende Fälle, in denen man schon - alleine mit einem Gespräch - entscheidende Hilfe bringen könnte.

Zur Veranschaulichung dieses angeblich so schlechten Arzt-Patient-Verhältnisses sollen einige Fälle aus unserer Befragung geschildert werden:

Eine Patientin, die an "PCP mit Gichtbeteiligung" litt, lehnte die Anfertigung eines von ihrem Arzt vorgeschlagenen intravenösen Pyelogramms ab mit den Worten: "Es werden zu viele Experimente mit den Menschen gemacht!"

Diese Patientin hielt es auch nicht für richtig, daß sie von ihrem Hausarzt - einem Chirurgen - nicht zu einem Internisten, den sie in ihrem Fall für kompetenter hielt, überwiesen wurde. Sie glaubte, bei dem Chirurgen nicht richtig behandelt zu werden. Allerdings hatte sie sich selbst nicht dafür eingesetzt und den Chirurgen nicht um Überweisung gebeten. - (Vergleiche auch S.66)

Eine weitere Patientin mit Lebercirrhose hegte Mißtrauen gegen alle Ärzte, weil sie dem Patienten gegenüber nicht ehrlich seien.

Eine andere Patientin sagte, man erfahre von den Ärzten nichts: "Die haben ja die Schweigepflicht; die Angehörigen werden über den Gesundheitszustand des Patienten aufgeklärt, der Patient selbst aber nicht!"

Ähnlich drückte sich eine Patientin mit Rectum-Carcinom aus: die Ärzte hätten ihr sagen müssen, daß sie bei der Operation einen künstlichen Darmausgang anlegen würden!

Eine Patientin litt unter starken Depressionen, nachdem ihr auf Grund einer angeblichen "Fehldiagnose" beide Oberschenkel amputiert worden waren. Sie war mit Schmerzen in den Beinen in die Orthopädische Klinik gegangen; dort sei sie "auf Fersensporn behandelt" worden. Nachdem die dortige Therapie nichts geholfen habe, habe man sie an die Chirurgen überwiesen. Da seien "endlich" die arteriellen Durchblutungsstörungen festgestellt und zunächst ein Bein, zwei Jahre später das zweite Bein amputiert worden. Sie hatte das Vertrauen in die Ärzte verloren, weil sie "noch beide Beine haben könnte". In ihrer Wut - wie sie selber sagte - wurde sie von ihrem Ehemann nur noch bestärkt. Eine Überprüfung der tatsächlichen Fakten dieses Falles konnte nicht durchgeführt werden. -

Gemeinsam ist allen diesen Vorwürfen, daß den Patienten häufig das Verständnis für diagnostische oder therapeutische Maßnahmen völlig fehlt. Aus diesem Unverständnis fühlen sie sich falsch behandelt und verlieren das Vertrauen.

Der Arzt muß in diesem Arzt-Patient-Verhältnis alles von sich aus machen; er muß die Patienten über die Krankheit aufklären, der Patient seinerseits tut

nichts dazu und schimpft. Stellt man auf Grund der Behauptung, der Arzt sage dem Patienten nichts, die Frage, ob die Patienten denn danach gefragt haben, so erhält man erstaunlicherweise ein "NEIN" zur Antwort. Die Patienten haben sehr stark ausgeprägte Hemmungen, den Arzt nach Zusammenhängen mit der Krankheit zu fragen. Dabei geht es weniger um die Zeit, die die Patienten dem Arzt nicht stehlen wollen. Hier finden sich dieselben Verhältnisse wie bei der stationären Versorgung: bei Visiten wird von seiten der Patienten häufig nichts oder doch selten etwas zum Krankheitsverlauf geäußert.

Es erscheint daher den Ärzten oft müßig, darüber zu streiten, wie weit man sich auf eine Diskussion mit dem Patienten über eine zu treffende Maßnahme einlassen sollte: meistens "wissen die Patienten es doch besser" und tun letzten Endes, was sie für "richtig" halten.

5. Reaktion der Umgebung

Die Patienten wurden danach befragt, wie die Mitmenschen ihrer näheren Umgebung auf die Krankheit reagierten bzw. wie diese sich ihnen gegenüber verhielten. Dabei ging es um die Person des behandelnden Arztes, des Arbeitgebers, des Partners, der Kinder und Eltern, der Geschwister und anderer Angehöriger, der Freunde und Bekannten.

Wie sich die Patienten verschlossen zeigten bei der Frage nach Hilfe in psychischer Not, so verschlossen zeigten sie sich auch bei diesem Fragenkomplex: Dementsprechend fiel die Ansammlung stereotyper Antworten bei fast allen Patienten auf. Entweder hatten

die betreffenden Mitmenschen keine Reaktion gezeigt oder sie hatten sich "gut" verhalten. In irgendeiner Weise differenzierte Antworten hinsichtlich dieses "guten" Verhaltens wurden nicht gegeben. Man wollte offensichtlich einen unpersönlichen Interviewer nicht oder nur ungern in die Privatsphäre hineinschauen lassen.

Tab. 6: Reaktion der Mitmenschen auf die Krankheit des Patienten aus subjektiver Sicht des Patienten (absolute Zahlenangaben)

	Arzt	Arbeitgeber	Partner	Kinder	Eltern	Geschwister, Angehörige	Freunde, Bekannte
keine Reaktion	1	84	38	38	79	37	29
hilfsbereit, gut erstaunt	94	11	39	44	11	33	41
uninteressiert	4	2	4	7		21	12
entsetzt	1		3		2		2
erleichtert							
mit Entlassung gedroht							
entlassen		3					
verständnisvoll							
mitleidig			3	1	1	1	6
besorgt			7	5	5	3	2
ärgerlich			1				
hilfsbereit			5	5	2	5	8

94 Personen gaben als Reaktion des sie behandelnden Arztes Hilfsbereitschaft, Gewissenhaftigkeit und gutes Verhalten an. 1 Patient hatte keine Reaktion bemerkt, 4 bezeichneten das Verhalten des Arztes als uninteressiert. 1 Patient nannte die Reaktion "entsetzt" und 2 "erleichtert". 84 Patienten gaben keine Reaktion des Arbeitgebers an, 11 Patienten sagten, der Arbeitgeber habe sich hilfsbereit, gewissenhaft und gut verhalten. 2 Patienten hielten den Arbeitgeber für uninteressiert. 3 Patienten wurden wegen ihrer Krankheit aus dem Arbeitsverhältnis entlassen. Die Reaktion des Partners ist in der nachfolgenden Tabelle nach Geschlechtern getrennt wiedergegeben.

Tab.7: Reaktion des Partners auf die Krankheit des Patienten

	Antworten der männlichen Patienten		der weiblichen Patienten
keine Reaktion	38	6	32
verständnisvoll	39	22	17
mitleidig	3	2	1
hilfsbereit	5	2	3
entsetzt	3	1	2
uninteressiert	4		4
besorgt	7	4	3
ärgerlich	1		1

38 Patienten gaben keine Reaktion der Kinder an; darunter befanden sich aber 33 kinderlose Personen. 5 nannten die Reaktion ihrer Kinder hilfsbereit. 7 Patienten bezeichneten die Kinder als uninteressiert und gleichgültig, da jeder mit sich selbst beschäftigt sei. 44 Patienten kennzeichneten das Verhalten der Kinder als verständnisvoll und gut. Bei 5 Patienten ließen sich die Kinder "Besorgnis anmerken". 1 Patient gab als hervorstechendstes Merkmal der Kinder Mitleid an.

79 Patienten waren elternlos. Von den restlichen teils jungen, teils älteren Patienten, deren Eltern den Krankheitsbeginn noch miterlebt hatten, sagten 5, die Eltern seien besorgt. 2 nannten die Eltern hilfsbereit, 2 entsetzt, 3 verständnisvoll und gut, 1 mitleidig.

11 Patienten äußerten global, die Eltern hätten sich "gut" verhalten.

37 Patienten bemerkten bei den übrigen Angehörigen keine Reaktion, wogegen 21 wirkliches Desinteresse gespürt haben. 33 Patienten nannten das Verhalten ihrer Geschwister verständnisvoll und gut. 5 gaben Hilfsbereitschaft als auffälligstes Merkmal an, 3 Besorgnis, einer Mitleid.

29 Patienten konnten keine Reaktion bei Freunden und Bekannten feststellen; sie kommentierten: "Wie sollen die schon reagiert haben?"

41 gaben an, die Freunde hätten viel Verständnis gezeigt. 8 waren erfreut über die erfahrene Hilfsbereitschaft, 12 Patienten gaben an, die Freunde seien uninteressiert gewesen, da jeder mit sich selbst genug zu schaffen habe.

2 Patienten bemerkten, daß die Freunde besorgt um sie waren. 6 Patienten gaben Mitleid und Entsetzen als auffällige Reaktion der Freunde an.

Eine Patientin zeigte tiefe Enttäuschung über ihre Mitmenschen, die nur so lange gut und Freunde gewesen seien, wie sie habe gastfreundlich sein können. Nun im Alter, da sie krank sei und sich nichts mehr leisten könne, hätten sich ihre früheren Freunde und Bekannte zurückgezogen. Aus der derzeitigen Situation war ihre Äußerung zu verstehen, ihr Leben sei schrecklich gewesen und sie möchte es nicht noch mal leben; vielmehr sei sie froh, wenn alles endlich ein Ende habe.

6. Einstellung zur Krankheit:

a. Fatalistische Einstellung:

SCHWARZENAUER (1972) berichtet von einer fatalistischen Einstellung der Krankheit gegenüber bei 23 % der von ihm Befragten. Sie erlebten die Krankheit als "Schicksalsschlag". Als unsere Patienten von der Diagnose erfuhren, reagierten 40 mit Entsetzen und Niedergeschlagenheit, d.h. die Nennung der Diagnose erschütterte sie zutiefst.

44 Patienten gaben dagegen an, sie sei ihnen gleichgültig gewesen und 5 Patienten zeigten keine Reaktion auf die Diagnosemitteilung; also fast 50 % der Patienten betraf die Nennung der Diagnose keineswegs. Das mag auch damit zusammenhängen, daß sich viele Patienten nicht mehr richtig an ihre derzeitigen Empfindungen erinnern konnten, da der Zeitpunkt der Diagnosestellung bei vielen Patienten lange zurücklag.

Ein Ausdruck für fatalistische Einstellung der Krankheit gegenüber ist auch die Beantwortung der Frage nach der Einstellung gegenüber einer eventuellen Chronifizierung des Leidens und einer Defektheilung. 67 Patienten wollten sich mit einer Defektheilung und sogar 78 mit einer Chronifizierung des Leidens abfinden. Die Patienten brachten zum Ausdruck, daß sie selbst zu der Heilung aktiv gar nichts beitragen könnten. Die Krankheit werde "ohnehin ihren Weg nehmen". Es gab überhaupt keine speziellen Vorstellungen bei den Patienten, wie sie selbst aktiv zum Heilungsprozess beitragen konnten. Es fand sich nicht einmal die Bereitschaft, den Organismus schädigende bzw. den Krankheitsverlauf negativ beeinflussende Gewohnheiten aufzugeben (Rauchen bei Beinamputierten wegen arterieller Durchblutungsstörungen; Schokoladenverzehr bei schwerem Diabetes mellitus).

Der Prozentsatz der fatalistisch eingestellten Patienten war in unserer Befragung höher als im Schrifttum!

b. Krankheitsverläufe

Den Patienten wurden über den Krankheitsverlauf folgende Fragen gestellt:

Bewertung der Krankheit zu Beginn, im Verlauf der Zeit und im jetzigen Gesundheitszustand. (Einzel-ergebnisse siehe Fragenkatalog). Nach Geschlechtern getrennt findet sich folgendes Resultat:

<u>18. Anfangs:</u>	Frauen	Männer
keine Beachtung	15	13
leicht genommen	22	9
wie jede andere	1	4
Sorgen gemacht	25	11

<u>19. Verlauf:</u>		
gebessert	15	10
konstant	9	4
verschlimmert	26	19
sehr verschlimmert	3	
unsicher	10	4

20. Jetziger Gesundheitszustand:

gesund		2
weitgehend gesund	32	18
gebessert	3	5
verschlimmert	12	7
sehr verschlimmert	3	2
unsicher	3	1
konstant	4	2

Das Ergebnis läßt sich folgendermaßen zusammenfassen:

Tab. 8: Subjektive Beurteilung des Krankheitsverlaufes

	Gesamt	Frauen	Männer
1. im ganzen positiv	38	63 25	37 13
2. anfangs und im folgenden positiv, jetzt negativ	6	4	2
3. im ganzen negativ	20	11	9
4. wechselnd	7	6	1
5. erst negativ, jetzt positiv	29	17	12

WESIACK fand 1971 bei 680 Patienten 5 % ärztlich positiv beurteilte Verläufe, in 82,4 % wurden nur geringe Änderungen registriert, und in 12,6 % negative Verläufe.

In unserer Untersuchung wurden von den Patienten selbst 67 Verläufe positiv (42 Frauen, 25 Männer) 26 negativ beurteilt (15 Frauen, 11 Männer) und 7 Verläufe angegeben, die sich insgesamt wenig verändert hätten (6 Frauen, 1 Mann).

Die Unterschiede zu den Angaben im Schrifttum sind deutlich. Ursache mag die Neigung mancher Patienten sein, sich in die Verleugnung zu flüchten und bestehende Symptome zu bagatellisieren. Vor allem wurden aber in WESIACK's Untersuchung objektive Befunde erhoben, während unsere Ergebnisse auf den subjektiven Angaben der Patienten basieren.

WESIACK berichtet weiter über deutliche Unterschiede der Verläufe bei Privat- und Kassenpatienten. Von unseren Patienten, die ihren Krankheitsverlauf als positiv bezeichneten, waren 57 $\pm$ 67.1 % Kassenpatienten (insgesamt 85) und 6 $\pm$ 66.6 % Privatpatienten (insgesamt 9). Daraus läßt sich über den Unterschied der Krankheitsverläufe bei Kassen- und Privatpatienten nicht Schlüssiges ableiten, da der Anteil der Privatpatienten am Gesamtpatientengut zu gering war.

Wenn WESIACK glaubt, daß viele Privatpatienten durch einen höheren Bildungsgrad "krankheitsbewußter" sind und den Arzt eher aufsuchen als andere, so ist zu bemerken, daß viele Patienten mit höherem Bildungsgrad heute als Kassenpatienten behandelt werden, aber auch Patienten mit niedrigem Bildungsgrad als Privatpatienten.

In unserer Untersuchung zeigte sich jedenfalls, daß Patienten, die nach dem Volksschulabschluß eine

weitere Schulbildung erhalten hatten, keineswegs früher oder öfter zum Arzt kommen. In dieser Hinsicht ergab sich kein Unterschied in den beiden Patientengruppen.

Zur Prognose gaben 3 Patienten an, sie rechneten fest mit Heilung. 24 Patienten glaubten an Besserung ihres Leidens, während die meisten (52) damit rechneten, daß ihre Krankheit etwa gleichbleiben werde. 16 Patienten glaubten, daß sich der Gesundheitszustand noch mehr verschlechtern werde. Mit dem nahen Tode rechneten 5 Patienten.

79 glaubten also - ungeachtet der jeweilig bestehenden Krankheit - an eine positive Prognose. Ist auch dies ein Zeichen von Verleugnung und Bagatellisierung ernstzunehmender Symptome oder gründet es in einer wirklichen Besserung der Krankheit?

63 Patienten wollten sich mit einer Defektheilung abfinden. 4 Patienten standen dieser Prognose gleichgültig gegenüber, was einem "Sich-Damit-Abfinden" gleichkommt. 30 weitere Patienten meinten, der Defekt sei nebensächlich, in der Hauptsache komme es darauf an zu leben. Nur 2 Patienten fanden diesen Gedanken unerträglich. 1 Patient konnte sich zu keiner Antwort entscheiden.

In der gleichen Weise wurde die Frage nach der Einstellung zu einem chronischen Verlauf der Krankheit gestellt. Dabei wollten sich 75 Patienten damit abfinden, 3 Patienten standen dem gleichgültig gegenüber.

19 Patienten sagten hier, es sei nebensächlich, Hauptsache sei es zu leben. 2 Patienten hielten den Gedanken an ein chronisches Leiden für unerträglich.

Auch hier war ein Patient unentschieden.

c. Verarbeitung von Krankheitsproblemen:

Im Gegensatz zur akuten Krankheit, bei der eine Heilung nach absehbarer Zeit eintreten wird, ergeben sich bei der chronischen Krankheit besondere Probleme.

Wie wird der chronisch Kranke mit diesen Problemen fertig? Welche Sorgen, welche Belastungen bedrücken ihn? Wo versucht sich der chronisch kranke Patient Hilfe zu verschaffen? Wo erlangt er diese Hilfe, wo ist sie ihm versagt?

Verarbeitet der Patient diese Probleme alleine oder welche Hilfsmittel benutzt er erfolgreich? Die Bewältigung all dieser Probleme beginnt mit der Diagnosestellung, und schon hier stellt sich die Frage nach der Bewältigung einer Krankheit: Will der Patient überhaupt wissen, an welcher Krankheit er leidet?

d. Reaktion auf die Diagnosemitteilung:

73 (=ca. 3/4) aller befragten Patienten gaben an, daran interessiert gewesen zu sein, die Diagnose ihres Leidens zu erfahren. Das ist ein relativ hoher Prozentsatz, der aber nicht verwundert: Die Unsicherheit, mit bemerkbaren Symptomen leben zu müssen, ohne zu wissen, woher diese Symptome kommen, ist für die Patienten belastender als die Diagnose zu kennen und sich auf eine bestimmte Lebensform einrichten oder sich mit einem gegebenen "Schicksal" abfinden zu müssen.

Auf die Frage, wie sie reagiert haben, als sie die Diagnose erfuhren, gaben in der Gruppe derer, die ihre Diagnose wissen wollten, 30 Patienten an, mit Gleichgültigkeit reagiert zu haben. Mit Entsetzen reagierten 31. Unter einigen Diagnosen konnten sich 7 Patienten nichts vorstellen, d.h. sie begriffen die Krankheit nicht in ihrer ganzen Tragweite, oder es muß gefragt werden, ob sie überhaupt über ihre Krankheit aufgeklärt worden waren. Mit Erleichterung hörten 3 Patienten ihre Diagnosen. 2 Patienten konnten sich nicht daran erinnern, irgendeine Reaktion auf die Diagnosestellung gezeigt zu haben.

27 Patienten wollten ihre Diagnose von sich aus nicht wissen. Dabei reagierten 14 Patienten mit Gleichgültigkeit. 8 Patienten waren entsetzt. 1 Patient verband mit seiner Diagnose keine genauen Vorstellungen. 3 Patienten konnten keine besondere Art der Reaktion angeben.

Tab. 9: Wissen um die Krankheit und Reaktion auf
die Diagnosemitteilung

Krankheiten:	Wissen erwünscht						Wissen nicht erwünscht					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
22 Herz				3	11					2	5	1
20 Rheuma			2	8	6					1	2	1
12 Diabetes mellitus	1			5	1					3	2	
10 Lunge				5	3						2	
10 Hypertonie				2	3	1				2	2	
7 Gefäße	1		1	1	3						1	
5 M.S.	1		3	1								
4 Carcinom				1		1				1		1
10 andere			1	5	3				1			

B. Praktische und seelische Hilfe in chronischer Krankheit:

Woher erhalten chronisch kranke Patienten im täglichen Leben Hilfe?

In weitaus den meisten Fällen ($n = 60$) half in den Dingen des Alltags (Haushalt o.ä.) die Familie: Angehörige ($n=10$), Partner ($n=23$), Kinder ($n=15$), Eltern und Geschwister ($n=12$).

Auch der behandelnde Arzt wurde in 27 Fällen als die Person genannt, die in praktischer Hinsicht am meisten geholfen habe. Es ist hier allerdings zu fragen, wie dieses "praktisch" von den Patienten verstanden wurde. Wahrscheinlich wurde der Hausarzt als die zentrale Person im Krankheitsgeschehen angesehen - als einzige Person, die überhaupt noch wesentlich helfen kann.

Personen außerhalb der Familie, die entscheidende Hilfe leisteten, waren Freunde ($n=5$).

In 8 Fällen konnte keine Person genannt werden, die praktisch geholfen hätte. Dabei ist es möglich, daß diese Patienten sich selbst noch gut helfen und so auf fremde Hilfe verzichten konnten. Zum anderen kann aber auch der Stolz auf Unabhängigkeit der Grund sein, daß keine Person genannt und auch wirklich nicht um Hilfe gebeten wurde.

Nähere Auskunft zu dieser Frage wollten die Patienten nicht geben.

Weit über $3/4$ der Patienten ($n=85$) hatten nie eine über gesetzliche Bestimmungen hinausgehende Hilfe von öffentlichen Institutionen erhalten!

2 Patienten erhielten einen Zuschuß zu einem Kur-aufenthalt von der Krankenkasse. 7 Patienten wurden hin und wieder durch die Fürsorge unterstützt.

1 Patient gab an, finanzielle Hilfe von seiner Firma erhalten zu haben, wollte dies aber nicht schriftlich

fixiert sehen, da er eine Kürzung seiner Rente befürchtete.

In einem einzigen Fall half "die Kirche"!

1 Patient hatte Hilfe durch das Gesundheitsamt erhalten. Wie diese Hilfe im einzelnen aussah, erläuterte der Patient nicht.

22 Patienten gaben an, ihr Partner hätte ihnen seelisch am meisten geholfen. Davon waren 9 Männer und 13 Frauen. Insgesamt waren 45 Patienten verheiratet.

Wider Erwarten erscheint die Anzahl der Männer hierbei kleiner als die der Frauen. In Relativprozent ausgedrückt zeigen diese Zahlen aber das umgekehrte Verhältnis:

24 Rel % Männer und

21 " % Frauen.

Insgesamt hatten 67 Patienten Kinder; davon nannten 13 Patienten die Kinder als die Personen, die ihnen seelisch am meisten geholfen hätten.

In 4 Fällen wurden Eltern oder Geschwister als die Personen genannt, die sich um die psychischen Belange am meisten gesorgt hätten. 28 Patienten hatten in sich selbst angeblich die nötige Hilfe gefunden. Es ist schwer zu sagen, ob diese Patienten tatsächlich eine so "starke Natur" haben und alles mit sich alleine abmachen können oder ob sie niemanden nennen konnten oder wollten.

Hierauf folgten geistliche Personen (n=14), Angehörige (n=7), Arzt (n=5), Freunde und Bekannte (n=4), Pfleger (n=1). Ohne seelische Hilfe blieb 1 Patient, andere Personen halfen einem Patienten.

Im Falle einer psychischen Störung wird in der wissenschaftlichen Literatur als erster der Pfarrer um Hilfe gebeten, dann erst der praktische Arzt (PFLANZ, 1966).

In unseren Ergebnissen steht als "Helfer in psychischer Notlage" der Patient selbst an erster Stelle (n=28).

Die Patienten sagten dazu: "Wer soll mir da schon helfen, ich finde in mir selbst die beste Hilfe." Dies mag bei starken Persönlichkeiten möglich sein, doch erscheint der Prozentsatz von 28 hoch.

Es ist viel wahrscheinlicher (wie sich bei allen die Privatsphäre betreffenden Fragen zeigte), daß sich die Patienten dem Interviewer gegenüber verschlossen in der Meinung, das gehe andere nichts an. Dieses Sich-Abschließen hat mit der Art der jeweiligen Erkrankung nichts zu tun und findet sich gleichmäßig verteilt in allen Krankheitsgruppen; es ist eine allgemein bekannte Reaktion auf unbefugten Einbruch in die Privatsphäre.

Von 24 Patienten wurden die Angehörigen zunächst um Hilfe gebeten, der Ehepartner von 22 Patienten. Davon waren 14 Männer ($\hat{=}$ 38%), nur 8 Frauen ($\hat{=}$ 13%)!

Es scheint so zu sein, daß die Frauen häufiger erst bei anderen Rat suchen, um den Ehemann mit den seelischen Nöten nicht zu belasten, der schon durch die chronische Krankheit der Frau unter Umständen genug belastet ist.

Ein Beweis für diese Annahme konnte jedoch nicht erbracht werden.

14 Patienten gingen mit ihren Sorgen zum Pfarrer, nur 5 fragten den Arzt. Dies in einer Zeit, in der die Berechtigung der kirchlichen Organisationen sehr stark angezweifelt wird und in der allgemein angenommen wird, der Arzt habe heute eine Seelsorger-Stellung inne.

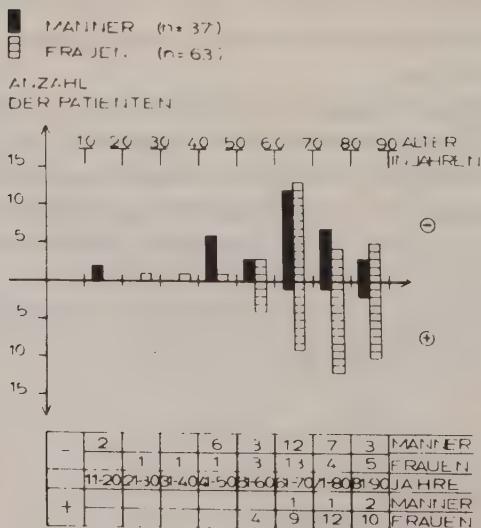
Es finden sich hier aber die Ergebnisse von GURIN, VEROFF und FELD (1960) bestätigt.

Unsere Ergebnisse sind ein Anhaltspunkt dafür, daß das Vertrauensverhältnis zwischen Arzt und Patient heute nicht mehr so stark ist, wie es früher einmal gewesen sein mag. Auch SCHWARZENAUER fand 1972, daß 25 % der befragten Patienten kein Vertrauen zu ihrem Arzt hatten.

Der Glauben bzw. die Zugehörigkeit zu einer (christlichen) Glaubensgemeinschaft kann dem Patienten zwar eine seelische Hilfe in psychischer Notlage sein. Von 45 Patienten römisch-katholischer Konfession, 11 evangelischen und 5 ohne Bekenntnis beantworteten aber 28 Frauen und 33 Männer die Frage, ob sie in ihrem Glauben eine seelische Hilfe hätten, mit Nein. Das sind fast zwei Drittel aller Patienten!

In der Abbildung 13 ist das Ergebnis graphisch dargestellt.

Abb. 13: Positive (+) und negative (-) Beurteilung der seelischen Hilfe durch den Glauben



Diese Frage wurde allerdings nicht ausführlicher beantwortet. Manche Patienten äußerten, es sei "da- zu noch zu früh", d.h. wenn sie ans Krankenlager ge- fesselt wären, riefen sie "schon eher mal den Pastor". Bei der Frage, was denn eigentlich der Pastor oder die Gemeindeschwester hier "tun" solle, hatte man den Eindruck, es sei den Patienten unangenehm, über diese Frage nähere Auskünfte zu geben und als ginge diese Frage den Interviewer nichts an.

35 Frauen und 4 Männer beantworteten diese Frage mit Ja (32 Katholiken und 7 Evangelische).

In der Abb. 13 wird gezeigt, daß die Patienten dieses Kollektivs erst ab einem bestimmten Alter, hier ab dem 50. Lebensjahr, eine seelische Hilfe im Glauben haben. Außerdem zeigt sich, daß die positive Beur- teilung der seelischen Hilfe durch den Glauben mit zunehmendem Alter häufiger anzutreffen ist.

Einen weiteren Hinweis darauf, wie die Patienten ihre Krankheitsprobleme bewältigen, erhält man von der Aussage über den Kontakt zur Umwelt, hier darge- stellt an der Frage nach Krankenbesuchen und den mög- lichen Motiven, die dahinterstehen.

Über Besuche jeder Art freuten sich 63 Patienten.

28 Patienten empfanden die Besuche manchmal als Be- lastung und 5 Patienten lehnten jeglichen Besuch ab.

4 Patienten erhielten keinen Besuch, ohne daß dafür ein besonderer Grund angegeben werden konnte.

Tab. 10: Wie werden Krankenbesuche empfunden?

	Gesamt	Frauen (n=63=100%)	Männer (n=37=100%)
erfreut über je-			
den	63	39 ± 62 %	24 ± 65 %
Belastung	28	17 ± 27 %	11 ± 30 %
am liebsten keinen	5	3 ± 5 %	2 ± 5 %
keinen Besuch	4	4 ± 6 %	

Frage man nach den möglichen Motiven, aus denen Krankenbesuche gemacht werden, so antworteten 44 Patienten: aus persönlicher Verbundenheit.

4 Patienten glaubten, die Besucher kämen aus spontanem Mitleid. 1 Patient dagegen hielt Neugier und bestimmte Forderungen der Besucher für den einzigen Grund.

Zu einer Frau kamen die Besucher, um ihr praktisch zu helfen. 7 Patienten erhielten überhaupt keinen Besuch.

3 Patienten erhielten Besuch nur aus beruflichen Gründen. Die Diskrepanz zwischen der Angabe über "keinen Besuch" hier und vorher (vorher 4, hier 7 Patienten, die keinen Besuch erhielten) kommt möglicherweise wieder durch die Angst zustande, den unbefugten Befrager in die Privatsphäre blicken zu lassen.

Tab. 11: Motive zu Krankenbesuchen aus subjektiver Sicht der Patienten

	Frauen (n=63=100%)		Männer (n=37=100%)	
persönliche Verbundenheit	84	51 ± 81 %	33	± 89 %
Mitleid	4	4 ± 6 %		
Neugier	1		1	± 3 %
praktische Hilfe	1	1 ± 2 %		
keinen Besuch	7	7 ± 11 %		
beruflich	3		3	± 8 %

Bei Ausbruch einer chronischen Krankheit reagieren die Patienten häufig mit depressiver Stimmungslage,

weil sie nun auf vieles verzichten zu müssen glauben. Wenn das Leben bis zum Ausbruch der Krankheit erfüllt war, ist das Krankheitserlebnis leichter zu verkraften.

66 Patienten beurteilten ihr bisheriges Leben positiv. Dabei nahm ein Patient an, daß das bisherige Leben nichts mit der Krankheit zu tun habe. 61 waren froh, so gelebt zu haben, wie sie es getan hatten. Spontan sagten nur 4 Patienten, sie wollten das Leben nochmal leben, so wie es verlaufen war. 34 Patienten beantworteten diese Frage in irgendeinem Sinne negativ: 8 Patienten bereuten die Art, wie sie ihr Leben geführt hatten. 17 meinten, sie hätten mehr genießen können. 1 Patient war überzeugt, daß er gesünder hätte leben sollen. 8 Patienten gaben an, ihr Leben sei durch die Krankheit "verpfuscht" gewesen, und sie hätten nichts Schönes erlebt.

Die Auseinandersetzung mit dem unausweichlichen Schicksal erfolgt z.T. dadurch, daß die Patienten nach Ausbruch der Krankheit versuchen, sich auf die Tatsache einzustellen, mit dieser Krankheit zu leben und ihr ganzes Leben darauf abzustimmen. Natürlich bringt das erhebliche Veränderungen des täglichen Lebens mit sich.

Die meisten Patienten (n=80) beabsichtigten aber nicht, eine Veränderung in ihrem Leben vorzunehmen. Nur 3 Patienten wollten ihr Leben "vollkommen umstellen", in welcher Art, wurde nicht erwähnt. 5 Patienten sprachen ausdrücklich von Freude auf das vor ihnen liegende Leben.

Weitere Patienten erklärten, sie wollten gesünder leben (n=5) und sich mehr Schonung gönnen (n=2), und 4 beabsichtigten, "intensiver" zu leben. 1 Patient hatte sich über diese Frage noch keine Ge-

danken gemacht.

Bekanntlich kann die intensive Ablenkung durch Beschäftigung in irgendeiner Form die Angst vor der Krankheit, Grübeleien und depressiven Stimmung überwinden helfen. Speziell bei alten chronisch kranken Patienten, die keiner Berufstätigkeit und in den meisten Fällen auch keiner sonstigen geregelten Beschäftigung nachgehen, kann eine solche Beschäftigung sehr hilfreich sein. Wir fragten nach derjenigen Beschäftigung, die seelisch am meisten Ausgleich verschaffte.

13 Patienten nannten das Fernsehen als besonders unterhaltend. Einem Hobby (Werken, Basteln, Fußballspiel, Handarbeit) gingen 26 chronisch Kranke nach.

Nur 15 Patienten gaben Lesen als Ausgleichsbeschäftigung an, 6 beschäftigten sich am liebsten mit Musik. 1 Patient sah in Gartenarbeit und Blumenpflege seine Lieblingstätigkeit.

Andere, hier nicht aufgeführte Beschäftigungsmöglichkeiten (wie Spaziergehen, Haushalts-Führung und Sauberhalten der Wohnung) gaben 34 Patienten an.

1 Patient pflegte seine Haustiere. Nur 3 Patienten konnten keine Lieblingsbeschäftigung nennen.

Es ist erstaunlich, daß von 100 Patienten nur 1 mal Radiohören als Ausgleichsbeschäftigung genannt wurde, Fernsehen dagegen 13 mal.

In einer früheren Befragung (1971) wurde uns das Fernsehen in diesem Zusammenhang 34 mal genannt, das Radio wurde damals nicht erwähnt. Im Laufe der letzten Jahre könnte das Fernsehen zu einer größeren Selbstverständlichkeit geworden sein, so daß man es nicht mehr als "Beschäftigung" betrachtet (:es beschäftigt einen nicht mehr). Andererseits könnte auch die Programmgestaltung ein solches Absinken in der Belieb-

heitsskala begründet haben.

Häufig richten sich in der chronischen Krankheit die Gedanken in die Zukunft - Gedanken, die die wirtschaftliche, familiäre und auch die gesundheitliche Situation des Patienten betreffen.

Dabei haben aber 10 Patienten angeblich überhaupt keine Sorgen; wahrscheinlich, weil mit dieser Stellungnahme der Intimbereich gegen den Befrager abgeschirmt werden sollte. 20 Patienten sorgen sich am meisten um ihre Familie: das Schicksal des Partners (n=4), der Kinder (n=7) bzw. der Angehörigen (n=9) beschäftigen die Patienten sehr stark.

Über die Krankheit im allgemeinen denken insgesamt 37 ($\hat{=}$ 1/3 der Patienten) nach: 30 Patienten über die zukünftige Gesundheit, 4 über die zukünftige Leistungsfähigkeit. 3 Kranke sahen sich durch ihre Krankheit in einer Lebensaufgabe behindert. 5 Patienten machten sich Sorgen um das jüngste Gericht, 8 dagegen um die zukünftige wirtschaftliche Situation, 3 Patienten nannten spezielle Sorgen, die hier nicht aufgeführt sind.

Interessant ist der Vergleich der Antworten auf diese Frage und auf die Frage, was die Patienten am meisten belaste. Die Belastungen hinsichtlich der der Zukunft wurden von den Patienten als "psychischer Druck" empfunden.

Tab. 12: Vergleich der Antworten zu Frage 37: Sorgen
und zu Frage 47: Belastungen

<u>Sorgen:</u>			<u>Belastungen:</u>	
Frauen	Männer	Antwort	Frauen	Männer
n = 63	n = 37		n = 63	n = 37
16 = 25%	11 = 30%	keine	6 = 10%	5 = 14%
24 = 38%	13 = 35%	Gesundheit	38 = 60%	22 = 60%
16 = 25%	4 = 11%	Familie	4 = 6%	2 = 5%
4 = 6%	1 = 3%	Tod	8 = 13%	2 = 5%
1 = 2%	7 = 19%	wirtsch. Situation	7 = 11%	5 = 14%
2 = 3%	1 = 3%	anderes		1 = 3%

Männer spüren danach im allgemeinen weniger Sorgen und Belastungen. Sie scheinen sich aber speziell um die wirtschaftliche Situation wesentlich mehr Sorgen zu machen als Frauen.

Um die Gesundheit sorgen sich Männer und Frauen in gleichem Maße.

Bei den Frauen herrschen die Sorgen um die Familie und den Tod vor.

Eine besondere Belastung hinsichtlich der Zukunft konnten oder wollten 11 Patienten nicht nennen. 67 Patienten denken auch bei dieser Frage vorrangig an ihre Gesundheit. 45 fühlen sich belastet durch den Gedanken, nicht mehr zu gesunden und anderen durch ihre Krank-

heit zur Last zu fallen; 14 Patienten befürchteten eine Verschlechterung ihres Zustandes; 1 Patient befürchtete, wenn er nicht mehr arbeiten könne, keine Aufgabe mehr zu haben; 8 Patienten fürchteten am meisten die Invalidität und damit sich selbst zur Last zu werden.

8 Patienten belastete der Gedanke an den Tod. 5 Patienten sahen die größte Belastung in finanzieller Not. 7 Patienten befürchteten, daß ihre Familie nicht mehr versorgt sein könnten.

1 Patient hatte andere Belastungen.

Stellt sich der chronisch Kranke die Frage der eigenen Beteiligung an der Entstehung seiner Sorgen und Belastungen? Welche Faktoren macht er verantwortlich für sein Leiden?

15 Patienten glaubten, sie seien selbst fahrlässig (n=12) oder unbewußt (n=3) dafür verantwortlich, daß sie krank seien, 85 glaubten das nicht.

93 Patienten verneinten die Frage, ob andere Menschen für ihr Leiden verantwortlich seien. 6 Patienten meinten, andere Menschen könnten fahrlässig an ihnen gehandelt haben.

1 Patient meinte, andere Menschen könnten, ohne es zu wissen, Verantwortung für sein Leiden tragen.

8. Krankheitsursachen

Zur eigentlichen Ursache ihrer Krankheit wußte über die Hälfte der Patienten nichts zu sagen (n=58). 32 hegten eine Vermutung und nur 10 Patienten konnten eine Ursache ihrer Krankheit nennen. Eine seelische Ursache der Krankheit wurde 58 mal verneint. 27 Patienten nahmen dagegen seelische Ursachen an. 15 Patienten konnten diese Frage nicht beantworten.

43 Patienten lehnten Umweltfaktoren als Krankheitsursache ab, 2 stellten sie in Frage. 8 Patienten bejahten Umweltfaktoren als Krankheitsursache, ohne sie genau benennen zu können.

Im einzelnen wurden folgende Möglichkeiten aufgeführt: Körperliche Überforderung (n=12), Aufregung und seelischer Stress (n=10), Ernährung (n=8), Unfall (n=5), vorausgegangene Krankheiten und Ansteckung (n=10) und schlechte Wohnverhältnisse (n=1). 1 Patient hatte sich darüber keine Gedanken gemacht.

Die Frage nach der Erblichkeit des Leidens wurde zunächst spontan beantwortet - d.h. ohne lange Überlegung. Nach dem Zusatz, ob die Krankheit oder ähnliche Fälle in der Familie mehrfach vorkommen, gaben sich die Patienten später mehr Mühe mit der Beantwortung. 68 gaben an, ihr Leiden sei nicht erblich. 15 Patienten hielten es möglicherweise für erblich. 17 bejahten diese Frage auf Grund einer ähnlichen in der Familie vorkommenden Krankheit.

7 a. Diagnosen

In der Übersicht sind als Hauptbefunde diejenigen Krankheitsbilder aufgeführt, die dem Patienten (vor anderen Krankheiten = Nebenerbefunde) die stärkeren Beschwerden machten. Auf diese Hauptbefunde beziehen sich alle Angaben über die Krankheit, wie Erkrankungsalter, Beurteilung des Krankheitsverlaufes usw.

Tab. 13: Diagnosen, die bei 100 Patienten gestellt wurden:

Gruppe	Haupt- befund	Diagnose	Neben- befund
Blut		Anaemie	1
Herz	10	Herzinsuffizienz	11
	2	Herzblock	
	1	Stenokardien	
	3	Herzinfarkt	3
	3	Myokardschaden	4
		Altersherz	1
	1	Mitralinsuffizienz	
	1	Vitium cordis	1
		Cor pulmonale	2
		Schrittmacher	3
Kreislauf		Adams-Stokes-Anfälle	1
	3	Hypertonie	8
	4	" , essentielle	
		Kreislaufschwäche	3
	1	Cerebralsklerose	1
	1	Angiospasmen, peripher	1
		Durchblutungsstörung cerebral	1
	4	peripher arteriell	1

Gruppe	Haupt- befund	Diagnose	Neben- befund
Lunge	3	Apoplexie	
	1	Ulcus cruris	2
		Varicosis	1
		Angiopathia diabetica	1
		Artherosklerose	2
	1	Haemangiom	
		Bronchitis	1
	1	Emphysem	
	5	Emphysembronchitis	
	4	Asthma bronchiale	1
		Pickwick-Syndrom	1
		Lungenfibrose	1
Magen-Darm- Trakt	1	Gastritis	
	1	Ulcus ventriculi	1
	1	Ulcus duodeni	
		Duodenalfistel p.op.	1
Leber, Galle	1	Hepatitis	1
	1	Lebercirrhose	
		Cholelithiasis	1
		Cholecystopathie	3
		Cholangitis	1
Endokrinologie	12	Diabetes mellitus	10
Niere	2	Pyelonephritis	
		Nephrolithiasis	1
		Nephropathie	1
		Nephrose	2
rheumat.Formen- kreis	7	Gelenkrheuma	1
	4	PCP	
	5	Arthrosis deformans	3
	2	Coxarthrose	1
		Endoprothese	2
		Spondylosis	1
	1	Lumbalsyndrom	
		Kyphoskoliose	1

Gruppe	Haupt- befund	Diagnose	Neben- befund
	1	Gicht	
		Oberschenkelamputation	2
Allergosen		Allergie	1
Neurol.Erkrankgn.	5	M.S.	
		Z.n. Polio	1
Augen		Cataracta senilis	3
	1	Glaukom	
	1	Augenmuskelparese	
		Blindheit	1
Neoplasmen	5	Carcinom	1
		Altersdepression	1
		rechtsseitige Parese	1

Bei 100 Patienten sind somit insgesamt (als Haupt- und Nebentbefunde) 194 Diagnosen gestellt worden, bei 48 Patienten nur eine, bei den restlichen 52 2 bis 3 Diagnosen. Das hängt vermutlich mit dem verhältnismäßig hohen Durchschnittsalter des Kollektivs zusammen. Es ist bekannt, daß es im Alter häufiger zu Kombinationen von Krankheiten kommt (KOHN, 1963; SEIFERT 1970.)

Tab. 14: Diagnoseanzahl in verschiedenen Altersgruppen

	Anzahl der Diagnosen									
	0	10	20	30	40	50	60	70	80	
Jahre	- 9	- 19	- 29	- 39	- 49	- 59	- 69	- 79	- 89	
1		1	1	1	6	5	19	8	7	48
2		1			1	3	8	6	5	24
3						2	3	7	7	20
4							3	3	1	6
5							2			2
Anzahl d.										
Patienten		2	1	1	7	10	35	24	20	100

Es zeigt sich, daß es vom 50. Lebensjahr ab zu einer Häufung von Diagnosen bzw. Krankheiten und Folgeerscheinungen kommt.

SCHÖLMERICH (1967) gibt eine Übersicht, welche Beschwerden Patienten zum Arzt führen. In 40 % aller Fälle seien es Herz- und Kreislaufbeschwerden, 25 % Krankheiten der Bewegungsorgane, Verdauungskrankheiten zu 11 % und Krankheiten der Atmungsorgane zu 9 %, Unfälle zu 8 %, Erkrankungen der Harnwegsorgane zu 5 %, bösartige Erkrankungen zu 7 % (auch: GESUNDHEITSBERICHT 1971; GERZ, 1953).

In unserem Krankengut fanden sich

Literatur
(SCHÖLMERICH, 1967)

22 Herz-Krankheiten

10 Hypertonie	Herz-Kreislauf-Krankheiten	(40)
20 Rheuma		25
12 Diabetes mellitus		
10 Lungenkrankheiten		9
5 M.S.		
5 Carcinome		7
5 Magen-Darm-Erkrankungen		11
und 4 andere Krankheiten.		

Die in unserem kleinen Kollektiv gefundenen Krankheiten entsprechen also dem Durchschnitt der größeren Statistiken. (SCHÖLMERICH, 1967). Die Aufschlüsselung nach Geschlechtern zeigt, daß sich die Krankheiten der Verdauungsorgane nahezu gleichmäßig auf beide Geschlechter verteilen, dagegen betrafen die Krankheiten des Kreislaufsystems mehr die Frauen, während die Männer häufiger an Krankheiten der Atmungsorgane litten.

Geschlechtsspezifische Unterschiede ergeben sich in der Literatur bei den Krankheiten der Harn- und Geschlechtsorgane, bei Stoffwechsel- und Ernährungskrankheiten und der Knochen und Bewegungsorgane, unter denen häufiger die Frauen leiden (SCHWIDDER, 1971; GESUNDHEITSBERICH 1971; SCHÖLMERICH, 1967).

Das konnte auch durch unsere Untersuchung bestätigt werden.

Tab. 15: Geschlechtsverteilung der Krankheiten unseres Patientengutes

	Männer	Frauen
22 Herzerkrankungen	4	18
10 Hypertonie	3	7
7 Gefäßkrankheiten	5	2
20 Rheuma	5	15
12 Diabetes	5	7
10 Lungenkrankheiten	7	3
5 M.S.	1	4
5 Carcinome	2	3
5 Magen-Darm-Erkrankungen	3	2
4 andere	2	2

7 b. Objektive und subjektive Daten zu einzelnen Krankheiten:

a. HERZKRANKHEITEN (22)

Erkrankungsalter:

Der Gipfel des Erkrankungsalters lag in unserer Untersuchung zwischen dem 70. und 79. Lebensjahr (7 von 22 Patienten).

Psyche:

DELIUS schreibt 1968, daß ein krankes Herz bei den Betroffenen einen starken, vielleicht unbewußten

Leidensdruck erzeugt, wobei es zu einer hohen, dem objektiven Krankheitsbefund keineswegs immer kongruenten Wertstufe des "Krankseins" kommen kann. Für unsere Untersuchung trifft dies nicht zu. Die Patienten brachten ihrer Herzkrankheit nicht mehr Beachtung entgegen als in anderen Krankheitsgruppen. Sie nahmen die Krankheit leicht, gaben über den Verlauf Besserung an und hielten sich in der Mehrzahl zur Zeit der Befragung für gesund. Die Mehrzahl der Patienten (16) war sehr zufrieden mit dem ausgeübten Beruf. 13 Patienten gaben an, durch ein Hobby die beste seelische Hilfe zu haben.

Sorgen:

8 Patienten hatten keinerlei Sorgen, 5 sorgten sich am meisten um ihre zukünftige Gesundheit und um Familienangehörige. Dies ist aber eine Verteilung, wie sie in den anderen Krankheitsgruppen auch auftrat.

Ursachen der Krankheit:

Die als Ursachen für Herzkrankheiten bekannten Faktoren wurden von allen herzkranken Patienten verneint (HRACHOVEC, 1969, GESUNDHEITSBERICHT, 1971; KOCHSIEK, 1971).

5 Patienten gaben vorausgegangene Krankheiten und 5 körperliche Überforderung an. 4 Patienten glaubten, Stress sei die Ursache ihres Herzleidens.

Allerdings ist der psychische Stress mittlerweile zu einem aetiologischen Faktor fast aller Erkrankungen der Menschheit avanciert, sodaß man diesen Faktor alleine sicher nicht für die einzige auslösende Ursache halten darf.

Die Patienten hielten weder sich selbst noch andere für ihre Krankheit für verantwortlich.

Genetik:

Die meisten Patienten gaben an, ihre Krankheit sei nicht erblich (14), 4 hielten sie für erblich, wobei sie diese Annahme aus unregelmäßigem Vorkommen der Krankheit in der Familie ableiteten.

b. RHEUMA (20):

In unserer Gruppe waren 20 Rheumapatienten mit verschiedenen Krankheiten zusammengefaßt:

PCP, chronischer Gelenkrheumatismus, Polyarthritits, Arthrosis deformans, Coxarthrose, Lumbalsyndrom, Gicht.

Erkrankungsalter:

Der Erkrankungsbeginn streute vom 30. bis zum 69. Lebensjahr, wobei die meisten Patienten zwischen dem 30. und 39. Lebensjahr die ersten Symptome verspürten.

Ursachen:

CHRIST (1969) gibt verschiedene Ursachen als auslösende Faktoren an: körperliche und seelische Überforderung, Infektionen, Kälte- und Nässe-Einwirkung, Verletzungen und Operationen. Seelische Ursachen wurden von den meisten Patienten (13) verneint, von 5 dagegen bejaht. Diese 5 Patienten hatten verschiedenartige rheumatische Erkrankungen.

Umweltfaktoren (körperliche Überlastung) schuldigten 3 Patienten als Ursache ihrer Krankheit an.

Erblichkeit:

Eine Erblichkeit des Leidens verneinten 16 Patienten, 3 nahmen Erblichkeit auf Grund familiären Vorkommens an.

Prognose:

Nach den Angaben in der Literatur sind 12 % der Patienten durch ihre Krankheit weitgehend behindert (CHRIST, 1969). In jeder Patientengruppe glaubte die Mehrheit der Patienten an die Konstanz des Leidens. In der Gruppe des rheumatischen Formenkreises waren 7 Patienten (von insgesamt 20) der Ansicht, daß sich das Leiden verschlechtern werde.

Auffällig war die anfängliche Bewertung der Krankheit: während in den anderen Krankheitsgruppen die meisten Patienten ihre Krankheit leicht nahmen, waren bei der Rheumagruppe 9 Patienten, die sich anfangs große Sorgen machten. Hier nahmen nur 8 Patienten die Krankheit leicht.

Über den derzeitigen Gesundheitszustand gaben 9 weitgehende Besserung, 6 dagegen eine Verschlechterung des Zustandes an. Als Reaktion auf die Diagnose gaben 9 Patienten Entsetzen an, während 8 gleichgültig blieben.

Psyche:

Hilfe in seelischer Notlage suchten und fanden 7 Patienten in sich selbst, eine relativ hohe Quote, die aber nicht verwundert, da 9 Patienten alleine standen und durch ihre Krankheit soweit gehindert waren, daß sie nur wenig Kontakte nach außen hatten.

Ein weiterer Hinderungsgrund durch die Krankheit geht hervor aus der Angabe über die Lieblingsbeschäftigung: die meisten gaben hier Fernsehen an.

Entsprechend der Sorgen bei der anfänglichen Bewertung der Krankheit hatten die meisten Patienten dieser Gruppe die größten Sorgen hinsichtlich ihrer Gesundheit.

c. DIABETES MELLITUS (12):

JÖRGENSEN (1967) nennt als manifestationsfördernde Einflüsse Infektionen, Traumen, Strapazen, Witterungsverhältnisse, Über- sowie Mangelernährung, Genuß- und andere Gifte, Arzneimittel, unzureichende Bewegung.

Alle diese Faktoren wurden von den Patienten verneint bis auf 2 Patienten, die eine vorausgegangene Erkrankung als Ursache angaben.

Das Erkrankungsalter in unserer Gruppe lag zwischen dem 50. und 69. Lebensjahr. Entwicklungsschübe oder hormonelle Umstellung scheiden hier als Ursache aus. BARTELHEIMER (1967) gibt an, daß bis zum 50. Lebensjahr das männliche, danach gering das weibliche Geschlecht überwiegt. Bei $1/4$ der Patienten beginnt die Krankheit vor dem 50. Lebensjahr, bei 50 % zwischen 50 und 70 Jahren und bei einem weiteren Viertel mit über 70 Jahren.

Bei unserer relativ kleinen Diabetiker-Gruppe waren bis zum 50. Lebensjahr 2 Frauen und 1 Mann erkrankt, nach dem 50. Lebensjahr erkrankten 4 Männer und 5 Frauen. Ein echtes Überwiegen des weiblichen Geschlechtes kann hieraus nicht abgeleitet werden.

Nach CREUTZFELD (1965) sind $2/3$ aller Altersdiabetiker Frauen. Dieser Prozentsatz konnte in etwa auch bei uns gefunden werden. Von 12 Diabetikern waren 7 Frauen und 5 Männer.

Familiäres Vorkommen:

v. OLDERSHAUSEN (1970) berichtet über familiäres Vorkommen des Diabetes mellitus bei 30 % aller Diabetiker.

Von 12 befragten Patienten gaben nur 3 familiäres Vorkommen an, hier also bei 25 %.

Zur Vergesellschaftung mit anderen Krankheiten fand GÜNTHER (1963) ein überdurchschnittlich häufiges Auftreten der vaskulären Spätkomplikationen in Krankheitsfällen mit nachgewiesener Heredofamiliarität.

In unserer Untersuchung hatten 5 von 12 Diabetikern vaskuläre Komplikationen. Dabei war aber nur 1 Fall mit Heredofamiliarität herausgefunden worden.

Psyche:

MURAWSKI (1970) beobachtete bei Diabetikern sehr starke Gefühle von Pessimismus, Hoffnungslosigkeit und Depression. Das geht schon aus der Bewertung der Krankheit hervor: Am Anfang standen bei der Diagnosestellung große Sorgen, im weiteren Verlauf wurde Verschlechterung angegeben, dann aber zur Zeit der Befragung weitgehende Gesundheit, wobei allerdings 3 Patienten auch hier eine deutliche Verschlimmerung angaben. Auch zeigten die meisten Patienten deutliches Entsetzen bei der Diagnosestellung. Auch hinsichtlich der weiteren Lebensjahre stand die Sorge um die Gesundheit, d.h. Angst vor Verschlechterung des Zustandes im Vordergrund.

Bei der Frage nach Tod und Sterben gaben die Patienten an, ruhig und bewußt diesen Gedanken anzunehmen.

Ein Patient mit starken Gefäßkomplikationen sagte, er kämpfe gegen das Leben an, er sei froh, wenn er möglichst bald erlöst werde, er sei lieber heute als morgen tot. Es fehle ihm allerdings der Mut, den letzten Schritt zu tun und Hand an sich zu legen.

Psychische Faktoren als auslösende Ursachen der Krankheit wurden von mehreren Autoren (BARTELHEIMER, 1967;

v.OLDERSHAUSEN, 1966; HANHART, 1939; GESUNDHEITSBERICHT, 1971) genannt. Je 5 Patienten bejahten und verneinten seelische Ursachen als Auslöser; eine Patientin konnte mit Bestimmtheit sagen, daß ihr Diabetes durch Streit mit der Schwiegertochter entstanden sei.

Gesundheitsverhalten:

Alle 12 Patienten wußten ihre Diagnose, wußten auch über die Lebensführung Bescheid, wollten aber trotz dieses Wissens auf gewisse Dinge nicht verzichten, die sie angeblich zum Leben brauchten: Torte, Pralinen, Schokolade, Rauchen.

Es kam oft vor, daß bei den Interviews Äußerungen in dieser Richtung getan wurden und dies auch offen zugegeben wurde. Wie unsinnig die Entschuldigung war: "Dann nehme ich eben am nächsten Tag eine Tablette mehr!", konnten die Patienten nicht einsehen.

Eine Diskussion mit dem Patienten, der sich nicht einsichtig zeigt, zu führen, verläuft ohne Ergebnis.

Bis auf einen Patienten hatten alle Diabetiker in mehrwöchigen Abständen Kontakt mit ihrem Arzt.

Erblichkeit:

Erblichkeit bejahten 5 Patienten, in deren Familie Diabetes-Fälle bekannt waren.

d. LUNGENERKRANKUNGEN: (10)

Die 10 lungenkranken Patienten waren 3 Frauen und 7 Männer mit folgenden Diagnosen: Asthma, Lungenemphysem, Emphysebronchitis.

Asthma:

Der Erkrankungsbeginn lag in unserer Untersuchung zwischen dem 20. und 39. Lebensjahr. De BOOR (zit.n. STUDDT, 1968) fand in dieser Zeitspanne 45 % der ersten Anfälle.

An aetiologischen Faktoren werden die verschiedensten Allergene in der Literatur genannt (HOLLMANN, 1963; BRÄUTIGAM, 1956; WITTIG, 1966); verschiedene Allergene wurden auch von unseren Patienten näher bezeichnet. Eine Patientin, die insgesamt eine sehr depressive Stimmungslage zeigte, nahm eine seelische Ursache als Grundlage ihres Leidens an.

Genetik:

v. KRESS (1965) nimmt beim Asthma bronchiale eine genetisch bestimmte Disposition an, da die Krankheit oft durch Generationen hindurch zu verfolgen ist.

In unserem Patientengut waren bei allen 4 Patienten in der nächsten Verwandtschaft Asthmafälle bekannt und verifiziert. Trotzdem aber ist es erstaunlich, daß 2 Patienten eine Erblichkeit des Leidens absolut verneinten, während 2 die Vererbung dieser Krankheit nur für fraglich hielten.

Prognose:

Im Verlauf der Erkrankung sahen die meisten Patienten eine Verschlechterung, hielten sich aber zum Zeitpunkt der Befragung für weitgehend gesund.

Psyche:

TAMARIN (1963) erwähnt zur Organsprache, daß bei Asthmakranken häufig eine Angst vor Ersticken gefunden wird wie beim Ertrinken.

Im Gespräch berichteten alle Patienten von ihren schwersten Anfällen und brachten dabei auch ihre Angst zum Ausdruck, eine Angst, "die in ihrer Stärke an Todesangst grenzt", wie sich eine Patientin ausdrückte.

Auch in anfallsfreien Intervallen sind die Patienten nicht frei von dieser Angst, da sie nicht wissen, wann und wodurch der nächste Anfall ausgelöst wird. Sie glauben, nichts gegen diese fatale Krankheit tun zu können und haben dementsprechend eine fatalistische Einstellung der Krankheit gegenüber. Sie wollten sich sowohl mit einer Defektheilung wie auch mit einer Chronifizierung des Leidens abfinden. Diese Angst drückte sich auch aus in dem Entsetzen als Reaktion auf die Diagnosestellung.

JORES und KEREKJARTO (zit.n.STUDT, 1968) fanden, daß Asthmatiker nicht religiös seien. Alle unsere Patienten hatten keine seelische Hilfe in der Religion.

Bei STUDT (1968) finden sich als psychische Besonderheiten Grübeleien, Weinen, innere Unruhe, depressive Verstimmungen.

Ganz eindeutig fanden sich alle diese Symptome bei

3 Patienten, die diese Symptome bei sich selbst beobachtet hatten.

1 Patient war von solchen Überlegungen völlig frei; ein 19-jähriger Junge, der zwar von seiner Krankheit wußte, sich aber darüber keinerlei Gedanken gemacht und der auch nur wenige Anfälle erlebt hatte.

Praktische Hilfe erhielten die meisten Patienten von ihrem Hausarzt(!), eine Antwort auf eine Frage, die ursprünglich ganz anders gemeint war, aber von den Patienten, und bezeichnenderweise von den Lungenpatienten, so ausgelegt wurde.

Allgemein wird bei Lungenpatienten ein Sich-Abschließen nach außen beobachtet (BRÄUTIGAM, 1956). 6 Patienten gaben an, daß ihnen Besuche eine Belastung seien. Ebenso belastet sie selbst in der Hauptsache der Gedanke, sie könnten anderen zur Last fallen.

Weiter wird von Verfall, Angst und Depression als psychischen Kardinalsymptomen bei Lungenkranken berichtet (STUDT, 1968). Es fanden sich in der Gruppe der Emphysemebronchitiker nur schwierige Patienten, die sich gegen die Behandlung durch ihren Arzt sträubten und einen Therapieerfolg anzweifelten. Ein Patient äußerte hierzu: "Es hätte so weit nicht kommen dürfen mit mir, da der Arzt mich schon so lange kennt. Diesen Zustand hätte er verhindern müssen, und das hat er nicht gekonnt."

Der Patient war gezeichnet von Angst vor dem Tode: er glaubte, nur noch Wochen zu leben zu haben. Er war bei der Befragung 78 Jahre alt und hatte das Vertrauen in seinen Arzt gänzlich verloren. Er drückte sich so aus: "Da hat man nun einen Hausarzt und wird doch nicht gesund!" Das wiederum ein Hinweis darauf, daß dort, wo der vom Patienten ersehnte Erfolg ausbleibt, das Vertrauen schwindet.

e. HYPERTONIE: (10)

In unserem Patientengut waren 10 Patienten mit der Hauptdiagnose Hypertonie, davon 4 mit essentieller, 3 als Hypertonie unklarer Genese und 3 Patienten mit Apoplexie infolge einer Hypertonie. Daher sind die apoplektischen Insulte in diese Gruppe miteinbezogen.

SCHUBERT (1962) fand den Beginn der Erkrankung im 4. Lebensjahrzehnt mit der Spitze im 6. Lebensjahrzehnt.

Hier erkrankten 4 Patienten im 4. Lebensjahrzehnt, es folgten 2 im 5. Lebensjahrzehnt und 2 im 7. Lebensjahrzehnt, wobei sich die späten Ersterkrankungen am ehesten durch eine Arteriosklerose erklären lassen.

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung, so überwiegen zahlenmäßig die Frauen. Es fanden sich in unserer Gruppe nur Frauen mit Hypertonie (7), in der Folge der Hypertonie entwickelte sich bei 3 Männern ein apoplektischer Insult.

Verschiedene Autoren (WERNING, 1971, BOSS, 1959; V.KRESS, 1965; STEIN, 1970; ARNOLD, 1971; SARRE, 1967; SCHETTLER, 1970) betonen die genetische Disposition zu dieser Erkrankung, die sich durch Beeinflussung von äußeren Faktoren erst manifestiert.

SARRE (1967) nimmt die Vererbung der Anlage an, bei 75 % der Hypertoniker kommt die Erkrankung in der Familie vor. 5 Patienten verneinten eine Erbllichkeit, und 5 hielten sie für fraglich (3) bzw. für gesichert (2).

Bei 5 Patienten konnten Angaben über Krankheitsfälle in der Familie gemacht werden.

Von verschiedenen Autoren (SARRE, 1967; STEIN, 1970) werden Umwelteinflüsse als manifestationsfördernde bzw. die Krankheit begünstigende Faktoren genannt.

5 Patienten verneinten diese Faktoren; Unfall, Stress seelischer und körperlicher Art wurden als Ursache bejaht.

Bei der Diagnosestellung reagierten 4 Patienten mit Entsetzen und machten sich auch Sorgen bei der Verlaufsbeobachtung der Krankheit. Ebenso viele waren aber der Diagnosemitteilung und dem Krankheitsverlauf gegenüber gleichgültig.

Über den Krankheitsverlauf machten 3 Patienten Angaben von Konstanz über Wechsel zu Verschlechterung in gleicher Häufigkeit.

Apoplektischer Insult (3):

Es fanden sich hier drei Patienten mit Apoplexie infolge einer zuvor bestehenden Hypertonie.

Als psychische Besonderheiten wurden Euphorie mit gehobener Stimmungslage bei mangelnder Ernstbewertung des Zustandes von FINKE und SCHULTE (1964) beobachtet.

Diese Veränderungen waren deutlich bei 2 Patienten zu bemerken, bei einem Patienten in abgemilderter Form. Die Patienten hatten zwar bei der Diagnosemitteilung mit Entsetzen reagiert, waren aber derzeit gesund, wollten sich mit Chronifizierung und Defektheilung abfinden, sahen ruhig in die Zukunft, hatten keine sonderlichen Sorgen und zeigten Freude über das vergangene Leben. Die Sorgen hinsichtlich der Zukunft erstreckten sich in der Hauptsache auf das Wohlergehen der Angehörigen, indirekt auch ausgedrückt in der Sorge um die zukünftige wirtschaftliche

Situation, wobei bei den Männern die Abhängigkeit der Familie vom Verdienst des Haushaltungsvorstandes hervorgehoben wurde.

Nach der Literatur wird die Abhängigkeit des Leidens von Anlagefaktoren verneint, äußere Einflüsse dafür umso häufiger verantwortlich gemacht.

(FINKE u. SCHULTE, 1964)

Dies fand sich bei uns nicht bestätigt: Erblichkeit wird verneint, Umweltfaktoren (Unfall) wurden einmal als Ursache genannt, seelische Faktoren ausgeschlossen bis auf eine Patientin, die glaubte, daß ihre Krankheit durch seelische Belastung durch ihren Ehemann entstanden sei, der derzeit 85 Jahre, krank und ein Pflegefall war. Von der Kirche erhoffte und angebotene Hilfe wollte die Frau nur allzu gerne annehmen, aber die Kirche würde dann doch nicht helfen, weil der Mann "zu grantig" sei und keine Fremden im Hause dulden wolle.

Auch hier zeigte sich eine überwiegend optimistische Gegenwarts- und Zukunftseinstellung. Dieser Optimismus wird nach FINKE u. SCHULTE, (1964) von fester Glaubenszuversicht getragen. Auffallend ist, daß nur in dieser und der Gruppe der Herzkranken - abweichend von dem Gesamtergebnis - die Mehrzahl der Patienten seelische Hilfe im Glauben findet.

f. MAGEN-DARM-LEBER: (5)

SCHUBERT (1962) findet den Gipfelpunkt des Erkrankungsalters im 4. Dezennium, wobei die Kurve aller Ersterkrankungsfälle bereits im 3. Dezennium ansteigt. Unsere Patienten erkrankten alle im 3. Dezennium.

Eine typische Persönlichkeitsstruktur für Magen-Darm-Kranke wird vermißt, aber psychische Faktoren als manifestationsfördernde Einflüsse von allen Autoren bejaht (RUESCH, 1967; LAMBLING, 1964; GEIGER, 1962.). Nur von einem Patienten, der Schwierigkeiten im Berufsleben hatte, dabei aber sehr strebsam, fleißig, ehrgeizig erschien, gab an, sein Ulcus sei durch psychischen Stress entstanden.

FREYBERGER (1971) nimmt eine genetisch fixierte Disposition an. Von einem Patienten wurden genetische Faktoren als Ursache angeschuldigt; sein Vater hatte die gleiche Symptomatik. Von den beiden anderen Patienten wurde eine genetische Fixierung verneint; hier wurden Faktoren der Umwelt - Ernährung - als Ursache angeschuldigt.

Psychische Alterationen bei Leberkranken sind selten (BRÜHL, 1966).

In unserem Falle war einleitend schon von einer Patientin berichtet worden, die ihrem Hausarzt schwere Vorwürfe wegen der Verschlechterung ihrer Krankheit machte.

Im übrigen waren beide Patienten psychisch unauffällig.

In einem Fall wurde die Erblichkeit des Leidens für wahrscheinlich gehalten, da nahe Verwandte auch ein Leberleiden hatten.

g. MULTIPLE SKLEROSE:(5)

Betrachtet man die Geschlechtsverteilung, so finden sich in der Literatur Angaben, daß Frauen doppelt so häufig erkranken wie Männer (MUMENTHALER, 1970; GERFELDT, 1967).

Bei uns waren von 5 M.S.-Kranken 4 Frauen, wobei in keiner anderen Krankheitsgruppe die Symptomatik der einzelnen Kranken so unterschiedlich war, wie bei der M.S.:

- Frau (Nr.2) : Gehstörungen, Lähmungen, verminderte Gedächtnisleistung, skandierende Sprache. Krankheitsdauer: 10 Jahre
- Frau (Nr.18) : Bettlägerig, unfähig, sich selbst zu helfen, geistige Funktion voll erhalten, keine Sprachsymptomatik. Krankheitsdauer: 4 Jahre
- Frau (Nr.42) : an Rollstuhl gefesselt, keine Sprachstörung, geistige Funktionen eingeschränkt. Krankheitsdauer: 20 Jahre
- Frau (Nr.51) : Anfallsweise auftretende leichte Symptomatik. Krankheitsdauer: 6 Jahre
- Mann (Nr.63) : Wissenschaftler, noch im Beruf tätig, geistige Funktion voll erhalten, leichte, fast unmerkliche Sprachstörung, Gehbehinderung. Krankheitsdauer: 12 Jahre.

Die stärkste und eindeutigste Symptomatik war bei Fall 2 zu beobachten.

Aus den geschilderten Fällen kann eine Verstärkung der

Symptome oder eine Verschlechterung des Gesamtzustandes in Abhängigkeit von der Krankheitsdauer nicht abgeleitet werden.

Die schillernde Vielfalt der Symptomatik zeigt sich auch in den Verdachtsdiagnosen, die bei Auftreten der ersten Krankheitssymptome geäußert wurden: Kreislaufstörungen, Tumor unklarer Lokalisation, Rheumatismus, Verwachsungen durch Operationen.

SCHALTENBRAND (1972) erwähnt als am häufigsten ausgesprochene Verdachtsdiagnosen: Bandscheibenprolaps, Rheumatismus, vegetative Dystonie, Hysterie.

Nachdem die Diagnose feststand und den Patienten mitgeteilt worden war, konnten sich alle Patienten unter der Krankheitsbezeichnung nichts vorstellen.

Verschiedene Autoren finden die Ersterkrankung zwischen dem 20. und 40. Lebensjahr (MUMENTHALER, 1970, KLOOS, 1968, HIRSCHMANN, 1970, GERFELDT, 1967). Wir fanden die Ersterkrankung hauptsächlich im 30. bis 39. Lebensjahr.

Die Krankheitsdauer schwankt nach HIRSCHMANN (1970) zwischen 12 und 15 Jahren. In unserer Untersuchung lag der Erkrankungsbeginn 4 Jahre im kürzesten und 20 Jahre im längsten Zeitraum zurück.

Nach GERFELDT (1967) sind als Todesursachen Komplikationen anzunehmen.

In jüngeren Jahrgängen finden sich akute Erscheinungen im Krankheitsverlauf, in späteren Lebensaltern vorwiegend chronisch progrediente Verlaufsformen (GERFELDT, 1967).

Eine Patientin war 24 Jahre alt (Fall Nr. 51), sie zeigte als einzige Patientin akute Erscheinungen mit Remissionen bis zu symptomfreien Intervallen gegenüber den anderen, die alle über 40 Jahre alt waren und ausschließlich die chronisch progrediente Verlaufs-

form zeigten.

Bei noch ungeklärter Aetiologie bestehen verschiedene Hypothesen des Entstehungsmechanismus. (GERFELDT, 1967, SCHALTENBRAND, 1972, HIRSCHMANN, 1970, MUMENTHALER, 1970, KRAUS, 1966).

Auch aus unseren Ergebnissen geht eine eindeutige Ursache des Leidens nicht hervor. Als Umweltfaktoren wurden körperliche Überforderung, Aufregung und seelischer Stress genannt. Eine seelische Ursache wurde in einem Fall für wahrscheinlich gehalten.

Im Zusammenhang mit genetischen Faktoren spricht BAMMER (zit.n. GERFELDT, 1967) von M.S.-Nestern.

Die fünf in unserer Untersuchung befragten Patienten waren nicht miteinander blutsverwandt und wohnten bis auf einen Patienten im Umkreis von etwa 500 m voneinander entfernt. Zunächst möchte man dabei an ein solches "MS-Nest" denken, doch dürfte dieses Ergebnis ein rein zufälliges Zusammentreffen mehrerer gleichartiger Erkrankungen auf relativ engem Raum sein. Diesbezüglich müßte man die Gesamtbevölkerung in der Stadt auf solche Verteilung hin untersuchen, um zu einem stichhaltigen Ergebnis zu kommen.

In den Familien der MS-Kranken ist die MS viel häufiger als in der Durchschnittsbevölkerung (ANDERHUB, 1963).

Unsere Patienten verneinten eine Erbllichkeit der Krankheit, wie sie auch aus eigener Familie keine weiteren Erkrankungsfälle berichten konnten.

Die typische psychische Alteration ist nach DANNENBERGER (zit.n. GRIESBACH, 1949) die euphorische Deblilität als Verknüpfung einer leichten Intelligenzstörung mit euphorischer Stimmungslage (auch: GRIESBACH, 1949). Die allgemeine Verminderung der geistigen

Leistungskraft bestätigte sich in unserer Untersuchung.

Die Euphorie konnte bei uns in keinem Fall gefunden werden. Eher war die Stimmungslage bei den 4 Frauen depressiv zu nennen, am wenigsten allerdings bei der jungen Frau (Fall 51), am stärksten bei der Patientin mit der skandierenden Sprache (Fall 2), die ihrer Familie durch anfallsartig auftretende Apathie, Affektideen und Suicidgedanken aufgefallen war.

Die junge Frau war (Fall 51) am ehesten als psychisch unauffällig zu bezeichnen.

GERFELDT (1967) berichtet über die Belastung, die die MS für Ehe, Familie und soziale Stellung mit sich bringt.

Der einzige männliche Patient wurde nach Bekanntwerden der Diagnose von seiner Frau verlassen; als Begründung wurde die Krankheit angegeben. Der Patient hatte, nachdem seine Frau auch das einzige Kind aus dieser Ehe mitgenommen hatte, jeglichen Halt und Sicherheit auf Unterstützung völlig verloren.

Die Familie der Patientin Nr. 2 war stark belastet durch die Krankheit. Nachdem die Patientin Selbstmordabsichten geäußert hatte, wurde sie nie unbeaufsichtigt gelassen, d.h. es mußte immer einer aus der Familie zu Hause sein. In dieser Familie war der Wille, der kranken Patientin das Leiden möglichst erträglich zu machen, ungemein stark: es war dafür gesorgt, daß die Patientin regelmäßig mit dem Auto spazieren gefahren wurde, um sie von ihrem Leiden abzulenken. Eine Schwester fuhr regelmäßig einmal im Jahr mit ihr in Urlaub, ohne daß die Schwester jemals hatte alleine etwas unternehmen können.

Sobald die Patientin von einem neuen Heilverfahren hörte, wurde alles daran gesetzt, diese Hilfe zu

erreichen, und es wurden Reisen von Klinik zu Klinik unternommen, um keine Möglichkeit einer eventuellen Heilungschance zu verpassen. Trotz Depressionen auf Grund ausbleibenden Erfolgs wurden die Versuche, irgendeinen Fortschritt in der Heilung bzw. Besserung zu erreichen, nicht eingestellt, sondern es wurden die Anstrengungen, Literatur über Heilungsfälle und Behandlungsmethoden zu erhalten, nur verstärkt.

Dies war der einzige Fall im gesamten Patientengut, in dem versucht wurde, dem Patienten aktiv zu helfen, und wo der Patient sich selbst um die Krankheit kümmerte.

Wie hier, so zeigte sich bei allen Patienten ein un-
gemein starker Lebenswille. So schwer die Patienten auch ihre Krankheit nahmen und so wenig Aussicht auf Erfolg sie hatten, so war dies alles nicht so schlimm, sie wollten nur leben!

Was das vergangene Leben anging, meinten 3 Patienten, sie hätten mehr genießen können, da ihnen durch die Krankheit jegliche Möglichkeit in dieser Hinsicht genommen sei. Insgesamt gaben alle Patienten an, die entscheidende Hilfe aus dem Kreis der Angehörigen erhalten zu haben.

Die Sorgen hinsichtlich der Zukunft erstreckten sich hier nur auf das Fortschreiten der Erkrankung, wenn auch alle Patienten auf Besserung bzw. Konstanz ihres Leidens hofften.

Auch die soziale Stellung in der Familie wird stark belastet durch einen MS-Patienten.

Zwei Patienten hatten, seitdem die Diagnose feststand, keinen Besuch mehr gehabt. Dies belastet die Patienten selbst sehr stark, da sie nicht nur zur Ablenkung

von ihrer Krankheit den Kontakt zur Außenwelt brauchen, sondern da ihnen bewußt wird, daß auch die Familie durch ihre Krankheit in Mitleidenschaft gezogen wird, wie sich denn auch zwei Patienten als lästig ihren Mitmenschen gegenüber bezeichneten und alle Patienten belastet waren von der Angst, daß sich das Leiden verschlechtern, sich schließlich Invalidität einstellen und sie selbst anderen zur Last werden könnten.

h. KREBS: (5)

Zur Genetik findet JÖRGENSEN 1967 im Zusammenhang mit Untersuchungen über Krebshäufigkeit und Blutgruppenzugehörigkeit einen neuen Gesichtspunkt, der die Annahme einer genetischen Fixierung des Carcinoms unterstützt: höhere Erkrankungsrate an Krebs bei der Blutgruppe A. Über ihre Blutgruppenzugehörigkeit konnte kein Patient aus der Krebsgruppe Angaben machen.

In unserem Sample wurde von 4 Patienten eine Erbllichkeit verneint, während ein Patient angab, in seiner Verwandtschaft sei Krebs stark verbreitet, der deshalb auch die Krankheit für erblich hielt.

Verschiedene Autoren beobachten als psychische Auffälligkeiten bei Krebskranken Affektmangel, geringes Mitteilungsvermögen, Mangel an Frohmüt und spontanen Äußerungen. (BALTRUSCH, 1963, NEUMANN, 1959)

Es falle bei diesen Patienten oft eine ausgedehnte "Kummerskala" auf (HERBERGER, 1963; BALTRUSCH, 1963).

Hierzu fiel auf, daß 3 Patienten keinen Besuch erhielten bzw. Besuche als Belastung empfanden, was für

gestörte Kontaktfreudigkeit sprechen könnte. Insgesamt aber waren die krebskranken Patienten psychisch nicht auffällig: Hinsichtlich der zukünftigen Gesundheit machte sich nur ein Patient Sorgen; zwei Patienten fürchteten, anderen zur Last zu fallen; hinsichtlich des Krankheitsverlaufes waren alle Patienten optimistisch, wobei auch sie eine fatalistische Einstellung gegenüber einer Chronifizierung bzw. einer Defektheilung an den Tag legten.

BALTRUSCH (1964) nennt als Reaktion auf die Diagnose-mitteilung die Verleugnung der Realität in vielen Fällen als typisch bei Krebskranken. 4 unserer Patienten verneinten, irgendeine Reaktion gezeigt zu haben, wozu gesagt werden muß, daß 3 Patienten gar nichts von der Diagnose Krebs wußten. Ihnen war vom Hausarzt nur eine anfänglich de facto bestehende Verdachtsdiagnose mitgeteilt worden: Appendicitis (Rectum-Ca mit Anlage eines Anus praeter), -wobei die Patientin nicht verstehen konnte, warum diese Operation durchgeführt werden mußte -, Blasenpolyp (Blasen-Ca), chronische Gastritis (Magen-Ca). Von den jeweils behandelnden Hausärzten wurde mitgeteilt, die Diagnose Krebs sei in allen Fällen histologisch gesichert worden.

Zur Verantwortlichkeit an der Krankheit wurde an größeren Gruppen gefunden, daß Patienten glaubten, ihr Leiden selbst verschuldet zu haben, bzw. daß andere Menschen an ihrem Leiden schuldig seien. (BALTRUSCH, 1964).

Für selbst verantwortlich an seinem Leiden hielt sich keiner der Patienten; wohl glaubte ein Patient, andere Menschen hätten durch fahrlässiges Handeln die Krankheit im Verlauf beeinflußt.

DOMAGK (zit.n.BALTRUSCH, 1964) ist der Ansicht, daß psychologisch günstige Bedingungen den Fortgang der Krankheit günstig beeinflussen. (Auch: SCHULZ VAN TREEK, zit.n.BALTRUSCH, 1963.) Seelische Faktoren machten zwei Patienten als ausschließliche Ursache für die Krankheit geltend.

Alle Patienten machten einen auffallend ruhigen Eindruck, wobei jegliche Art von Spannung vermißt wurde, ja innerhalb des Interviews keinerlei Gefühls- oder Stimmungsschwankungen frei wurden. Die Stimmungslage der Patienten kann aber insgesamt als depressiv bezeichnet werden.

Ergänzend zu der Frage nach der Erblichkeit wurde nach gleichartigen Erkrankungsfällen in der Familie gefragt, um den Patienten eventuell die Beantwortung der Frage zu erleichtern. Es zeigte sich jedoch, daß die Patienten eine Scheu an den Tag legten, diese Fragen offen zu beantworten. Diese Scheu rührt vielleicht daher, daß die Patienten krankhaftes Erbgut gerne verleugnen, hätte doch daraus der Eindruck entstehen können, daß die gesamte Familie schlechte Anlagen weitergibt. Zusätzlich kam noch eine Unsicherheit der Patienten hinzu, sich an bestimmte Krankheiten in der Familie oder der Vorfahren zu erinnern. Oftmals wurde erwähnt, daß ein Angehöriger "etwas mit dem Herzen (o.ä.)" gehabt habe, ohne daß eine genaue Diagnose angegeben werden konnte.

In den Fällen, wo Erbllichkeit als sicher angenommen wurde, wurde diese allein aus familiärem Vorkommen abgeleitet.

8. Allgemeine Probleme des chronisch kranken Patienten:

a. Familie:

Da sich die Großfamilie von früher endgültig überlebt hat, ergeben sich für den chronisch kranken Patienten besondere Probleme.

Chronisch Kranke mit Familie sind nach den Ergebnissen großer Statistiken psychosozial besser gestellt als Kranke ohne Familie (DIRKS, 1972).

Ein besonderes Beispiel dafür bot die Patientin, von der bei der M.S.(Fall Nr. 2) berichtet wurde.

Ein anderes Beispiel war eine Patientin, die in der Familie ihrer Schwester lebte und die seit 27 Jahren an einer chronischen Pyelonephritis litt. Außerdem war bei ihr eine Nephrolithiasis festgestellt worden. Im Laufe der Zeit hatte sich eine sekundäre Anaemie entwickelt, die die Patientin vom Krankenhaus abhängig machte: Im Abstand von 4 - 6 Wochen mußte sie für 4 - 5 Tage zu Transfusionen ins Krankenhaus. Sie übte keinen Beruf mehr aus, sondern war in der Hauptsache ans Bett gefesselt, konnte sich aber doch noch selbst helfen und frei bewegen.

Obwohl die Patientin sah, daß die zeitlichen Abstände ihrer Krankenhausaufenthalte, über Jahre hinweg beobachtet, immer kleiner wurden, ging von ihr eine Zufriedenheit und innere Ruhe aus, wie sie im gesamten Patientengut nicht wieder angetroffen wurde.

Grund für die insgesamt optimistische Einstellung dieser Patientin war, daß sie in der Familie ihrer Schwester als selbstverständlich dazugehöriges Mitglied angesehen wurde. Innerhalb dieser Familie wurden ihr Aufgaben, die sie noch ohne Schwierigkeiten

lösen konnte, übertragen, und sie übernahm diese gerne.

Weiterhin fand sie Ausgleich und Ablenkung von ihrer Krankheit in Beschäftigung mit Handarbeiten (mit denen sie sich selbst eine Freude machte, indem sie sie anderen Menschen schenkte).

In der Familie war zwar die Progredienz des Leidens bekannt, aber es wurde das Thema Krankheit nicht behandelt, ohne daß man den Eindruck hatte, das Thema werde verdrängt.

Dieser Familie war es sehr gut gelungen, mit der Krankheit zu leben und sie als selbstverständlich zum Leben dazugehörend anzusehen.

Weitaus die Mehrzahl der Patienten klagte aber über mangelnden Kontakt zur Familie. Als Endergebnis der Kontaktlosigkeit resultierte das Gefühl, "abgeschoben" und wertlos zu sein, wie es viele Patienten ausdrückten:

"Die jungen Leute haben ihre eigenen Sorgen und sind viel zu sehr mit sich selbst beschäftigt, als daß sie sich um den kranken Menschen kümmern könnten!"

Andererseits hatten auch viele Patienten von sich aus den Kontakt zu den jungen Leuten etwas gelockert, aus Angst, sie könnten ihnen durch die Krankheit zur Last fallen.

Trotz dieser Klagen zeigte sich in unserer Befragung, daß die Unterstützung der Patienten durch die Familien erfreulich groß war, zumindest in Hinsicht auf die praktische Hilfe.

In 60 Fällen wurden Familienangehörige genannt, die in der praktischen Hilfe Wesentliches geleistet hatten.

Anders sieht es aus bei der Frage nach der seelischen Hilfe: Nur 46 Patienten gaben hier als wesentliche

Helfer Familienangehörige an.

Dies ist erstaunlich, sollte man doch glauben, daß die Angehörigen, die dem Patienten praktisch helfen, ihm auch seelisch helfen, da sie doch den engsten Kontakt zum Patienten haben. Mit der psychischen Führung eines kranken Angehörigen scheinen die Familienangehörigen aber weitaus überfordert zu sein.

Untersucht man nun, wer denn den Patienten psychisch am meisten geholfen habe, so zeigt sich, daß etwa 1/3 der Patienten (28) psychische Hilfe bei sich selbst fand. Dieses Ergebnis scheint nicht ganz glaubwürdig, da es doch recht erstaunlich ist, daß gerade chronisch kranke Patienten noch so viel Kraft haben sollten, psychische Probleme ganz alleine zu bewältigen, ohne dabei die Mithilfe anderer zu benötigen.

Hier muß man daran denken, daß die Privatsphäre bei jedem Menschen jeglicher Altersklasse unter besonderem Schutz steht. HARLFINGER (1968) betont, daß gerade die alten Menschen sich gewöhnlich wehren gegen den zudringlichen Einblick in ihre persönliche Sphäre. Vielfach wird der Jüngere hier gar nicht als zuständig betrachtet, der Ältere aber vom Betroffenen als ebenso hilflos angesehen wie er selbst.

Frauen sind, was den sozialen Bezug angeht, nach SCHWARZENAUER (1972) hauptsächlich auf die Familie bedacht.

Bei der Überprüfung unserer Ergebnisse zeigte sich, daß die Frauen bei den entsprechenden Fragen häufiger an die Familie dachten als die Männer. Dies ist in der folgenden Tabelle dargestellt.

Tab. 16: Sozialer Bezug der Frauen und Männer:

(Die Zahlen geben an, wieviele Patienten bei den entsprechenden Fragen an die Familie dachten)

	<u>Frauen</u>	<u>Männer</u>
praktische Hilfe	40 $\hat{=}$ 64 %	20 $\hat{=}$ 54 %
seelische Hilfe	27 $\hat{=}$ 43 %	19 $\hat{=}$ 51 %
Hauptsorge	16 $\hat{=}$ 25 %	4 $\hat{=}$ 11 %
Abhängigkeit der Familie	5 $\hat{=}$ 8 %	13 $\hat{=}$ 35 %
Altersheim	13 $\hat{=}$ 21 %	2 $\hat{=}$ 5 %
Hauptlast Familie	5 $\hat{=}$ 8 %	2 $\hat{=}$ 5 %

Über 4/5 der Patienten (82) gaben an, daß ihre Fa-
milie nicht von ihnen abhängig sei, d.h. im Falle
bleibender Arbeitsunfähigkeit des Patienten nicht un-
versorgt dastehe. Die Angehörigen von 12 männlichen
Patienten waren vom Verdienst bzw. der Rente abhän-
gig. 4 Patienten sahen die Abhängigkeit der Familie
darin, daß sie zu Hause halfen. 2 Patienten gaben
an, die Familie sei von anderen Leistungen von Seiten
der Patienten abhängig.

Wie reagiert die Familie auf Krankheit?

Wir fragten nach dem Verhalten der Familie während
des gesamten Krankheitsverlaufes. Wie bereits ge-
schildert, waren die Antworten auf die Frage wenig
differenziert.

45 Patienten waren verheiratet, 32 verwitwet, 17 le-
dig und 6 geschieden.

33 Patienten hatten keine Kinder, 29 hatten ein Kind,
18 hatten zwei Kinder, 12 hatten drei, 5 hatten 7 - 9,
3 Patienten hatten 4 - 5 Kinder.

39 Patienten beobachteten bei dem Ehepartner gutes Verhalten, insgesamt positive Reaktionen gaben 18 Patienten an. 4 Ehepartner seien uninteressiert und einer ärgerlich gewesen.

55 Patienten gaben positives Verhalten der Kinder an, 7 mal wurde die Reaktion als uninteressiert bezeichnet. 79 Patienten waren ohne Eltern, der Rest der Patienten hatte über die Eltern nur positive Einstellung anzugeben.

Von Geschwistern und anderen Angehörigen wurde für 37 Patienten keine Reaktion auf die Krankheit ersichtlich, 42 Patienten gaben positives Verhalten an, der Prozentsatz von Desinteresse war mit 21 % in dieser Rubrik am höchsten.

b. Altersheim

Da der Anteil der über 60-Jährigen mit 79 in dieser Befragung sehr hoch war, war die Frage nach der Möglichkeit eines Umzugs in ein Altersheim interessant.

Erstaunlicherweise gaben 88 Patienten an, trotz ihres chronischen Leidens zu Hause keine Pflegeschwierigkeiten zu haben. Nur 12 Patienten sahen Schwierigkeiten. Eine Frau konnte nichts Konkretes nennen. Wirkliche Probleme waren schlechte Wohnverhältnisse (7), technische Pflegeschwierigkeiten (1) und keine Pflegekräfte (3).

Auf Grund dieser Ergebnisse verwundert es nicht, daß der Gedanke, in ein Altersheim einzuziehen, auf große Ablehnung stieß.

Unabhängigkeit (14) und die Notwendigkeit, allein sein zu müssen (16) nannten die Patienten als triftigen Grund, nicht in ein Altersheim einzuziehen. 12 Patienten

äußerten, über Altersheime sei generell nur Schlechtes zu hören.

Resignation sprach aus der Antwort von 16 Patienten:

"... auch ins Heim, wenn es denn gar nicht mehr anders geht!"

Die gewohnte Umgebung wollten 7 Patienten nicht aufgeben: 4 fühlten sich in der häuslichen Atmosphäre wohler, ein Patient konnte sich noch an häuslichen Aufgaben beteiligen, 2 fanden es überhaupt zu Hause schöner. 15 Patienten vermuteten, daß die Angehörigen sie aufnehmen oder versorgen würden, bevor sie in ein Altersheim einziehen müßten.

Für nur 3 Patienten bedeutet diese Frage ein finanzielles Problem.

Zustimmend ohne Einwand äußerten sich nur 11 Patienten; das ist nur 1/10!

Für 6 Patienten entfiel diese Frage, da sie Heimpatienten waren.

In der folgenden Tabelle sind die Antworten nach Altersgruppen aufgeschlüsselt.

Tab. 17: Gründe, die gegen das Altersheim sprechen
(nach Altersgruppen geordnet):

Jahre	10-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89
zu Hause schöner					1	1		
häusliche At- mosphäre		1			2			1
Beteil. an Aufgaben						1		
Angehörige versorgen				2	1	6	4	2
alleine				2	2	5	2	5
unabhängig	1				1	5	4	3
finanziell						1	2	
allgemein Schlechtes zu hören				1	1	4	4	2
auch Heim			1	2		6	3	4
ja	1				1	5	3	1
entfällt (Heimpat.)					1	1	2	2

Dabei wird deutlich, daß von 16 Patienten, die allein sein wollen, 12 über 60 Jahre alt sind.

Von 14 Patienten, die Unabhängigkeit als Grund gegen das Altersheim ins Feld führen, sind 12 über 60 Jahre alt.

Von 27 Patienten, die das Altersheim als letzte Möglichkeit bejahen, waren 22 über 60 Jahre alt.

Aus der Abb. 14 ist die Haltung der Patienten dieser Frage gegenüber ersichtlich.

Abb. 14: Altersheim - ja oder nein?

geordnet nach Altersgruppen

Abszisse: Alter in Dezennien

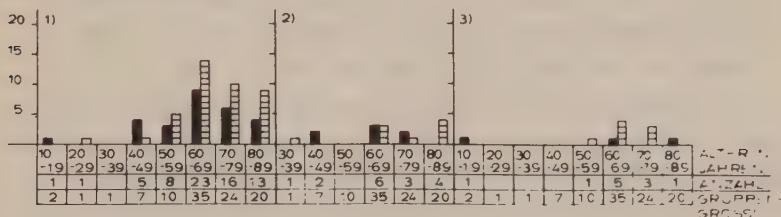
Ordinate: Anzahl der Patienten

Art der Beantwortung:	insgesamt	Männer	Frauen
1. strikte Ablehnung	67	27	40
2. bedingtes Bejahen	16	7	9
3. Bejahen	11	3	8
(Heimpatienten)	6		6
	100	37	63

ART DER BEANTWORTUNG	INSGESAMT	MÄNNER	FRAUEN:
1. STRIKTE ABLEHNUNG	67	27	40
2. BEDINGTES BEJAHEN	16	7	9
3. BEJAHEN	11	3	8
(HEIMPATIENTEN)	6		6
	100	37	63

■ MÄNNER □ FRAUEN

ANZAHL DER PATIENTEN



Die Gründe, die zur Ablehnung des Altersheimes angegeben wurden, waren, daß 5 - 6 Patienten auf einem Zimmer wohnen müßten. Einige Patienten befürchteten, ihnen würde beim Einzug in ein Altersheim die Rente gekürzt oder gar entzogen. Viele Patienten sagten auch, die Behandlung und das Essen in einem solchen Heim seien schlecht. Außerdem seien die Kosten für einen derartigen Heimplatz zu hoch. Die Patienten, die das Altersheim ablehnten, betonten aber, sie könnten nur dann ja zum Altersheim sagen, wenn sie ein Zimmer für sich alleine hätten.

Zur Erläuterung dieses Ergebnisses muß erwähnt werden, daß sehr viele Patienten ängstlich fragten, ob sie denn nun auch nicht auf Grund dieser Frage irgendeines Tages in ein Altersheim "abtransportiert" würden - dies, obwohl die Patienten über Sinn und Zweck der Befragung aufgeklärt worden waren. Möglicherweise sind die Antworten auf diese Frage von dieser Angst gefärbt.

Drückt man das Ergebnis in Relativprozent aus bezogen auf die Anzahl der Männer und Frauen, so zeigt sich, daß der Prozentsatz der uneingeschränkten Zustimmung auf beiden Seiten gleich war (27 Rel.--%).

Aus den Antworten der Frauen ging hervor, daß sie sich in der Hauptsache an die gewohnte Umgebung gebunden fühlten (27 Rel.-%), während die Männer das Zuhause wegen der damit verbundenen Unabhängigkeit und des Alleinseins bevorzugten.

Insgesamt beweisen das Ergebnis und die Äußerungen der Patienten zu der Frage, wie wenig die Patienten wissen über den derzeitigen Stand der Möglichkeiten, die ein alter Mensch heute in einem Altersheim hat.

Allerdings darf auch nicht verschwiegen werden, daß

es noch sehr viele Altersheime der alten Art gibt, in denen ein sehr strenges Reglement herrscht und die Patienten tatsächlich ihre Selbständigkeit aufgeben müssen.

c. Psychische Veränderungen:

Die psychischen Veränderungen, die bei den einzelnen Krankheitsbildern als typisch beschrieben wurden und die in Einzelfällen sehr deutlich waren, sind auch mitbedingt durch das hohe Alter der Patienten. Als wichtiger Faktor wurde in diesem Zusammenhang immer wieder der Krieg erwähnt, der so viel Leiden, Sorgen und Schicksalsschläge verursacht habe und oft auch die Krankheit überhaupt erst ausgelöst habe.

Auch wiesen die Patienten häufig darauf hin, daß sie durch den Krieg sehr viel mitgemacht hätten, daß sie andererseits aber auch viel mehr und angestrenzter hätten arbeiten müssen als heutzutage.

Dies seien Faktoren, die ihre Krankheit, ihr Leben und ihr ganzes Verhalten bestimmt habe.

Eine Objektivierung der psychischen Besonderheiten innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen konnte nicht erzielt werden, da einmal Kontrollgruppen fehlten, andererseits aber auch der Fragebogen hierzu ungeeignet war.

Zu einer solchen Objektivierung bzw. um zu einer sicheren Aussage über psychische Veränderungen zu kommen, wäre es nötig gewesen, mehrere speziell auf die Psyche bezogene Fragen gezielt zu behandeln.

Dies hätte aber den Rahmen dieser Untersuchung gesprengt. Interpretation der vorliegenden Ergebnisse

könnte zu Fehlschlüssen führen; eine Wertung der psychischen Veränderungen als zum Krankheitsbild gehörig oder nicht muß aus diesem Grunde unterbleiben.

d. Sterben und Tod:

Die Frage nach Tod und Sterben wurde von vielen Patienten im Laufe des Gespräches selbst angeschnitten. In dem Augenblick erwies es sich als günstig, diesen Fragenkomplex vorwegzunehmen, so daß das Interview nicht in starrer Form ablief. In den Fällen, wo vom Befrager dieses Thema angeschnitten wurde, kam es bei einigen Patienten zu Gefühlsausbrüchen und im Gefolge davon, nachdem sie nun schon so weit aus sich herausgegangen waren, zu weiteren Ausführungen bezüglich der Fragen, die vorher bereits gestellt worden waren.

71 Patienten äußerten auf die Frage, welche Gedanken sie sich über den Tod und das Sterben machten, sie hätten diesen Gedanken bewußt angenommen, d.h. der Tod barg für diese Patienten keinen Schrecken, sie sahen ihm ruhig entgegen.

Tab. 18: Tod und Sterben - bewußt angenommen

über 60 Jahre	58 Patienten	84,0 Rel.-%!
50 - 59 Jahre	6 "	(n=71=100Rel-%)
40 - 49 Jahre	6 "	
30 - 39 Jahre	1 "	

16 Patienten hatten sich angeblich über diese Frage noch keine Gedanken gemacht. 11 Patienten waren über

60 Jahre alt, 1 zwischen 50 und 59, 2 zwischen 10 und 19 und einer zwischen 20 und 29 Jahren.

10 Patienten fanden den Gedanken an den Tod unerträglich. 1 Patient sagte, es sei für ihn unvorstellbar zu sterben. 2 Patienten äußerten den Wunsch, "lieber heute als morgen" zu sterben.

Nach dem Studium der Abwehrmechanismen werden von KÜBLER-ROSS (1972) fünf Entwicklungsstadien des Sterbens beschrieben:

1. Verneinung
2. Ärger
3. Feilschen und Handeln
4. Depression
5. Annahme der Realität des Todes

Die Angst vor dem Tode ist eine Hauptangst des Menschen. In unserer Untersuchung war diese Angst allerdings nicht zu finden.

Ein Patient mit peripheren Durchblutungsstörungen hatte bereits einen Suicidversuch unternommen und sehnte den Tod herbei, da das Leben ihm nichts mehr bieten könne.

Der zweite Patient mit Diabetes mellitus und Gefäß-Komplikationen fühlte sich seiner Familie lästig und gab an, gegen das Leben zu kämpfen. Er wollte lieber "heute als morgen" sterben, um endlich von seinen Qualen erlöst zu werden.

Für einen Mann ist es nach unseren Ergebnissen schwerer zu überleben als für eine Frau. Die Männer äußerten sehr oft den Wunsch, vor der Ehefrau gehen zu können, weil sie selbst sonst unversorgt seien und nicht wüßten, wie sie das Leben alleine meistern sollten.

9. Abschlußbemerkungen:

Ziel der vorliegenden Arbeit war es zu erfahren, wie ein Patient im einzelnen seine Krankheit erlebt, welche Veränderungen sich für ihn ergeben und welche Möglichkeiten er sieht, seine Probleme zu verarbeiten.

Das Ergebnis einer solchen Befragung ist stark davon abhängig, in welcher psychischen Verfassung man den jeweiligen Patienten gerade antrifft.

Außerdem wirken äußere Faktoren auf die Art der Beantwortung mit ein: abhängig davon, ob ein Patient in ambulanter oder stationärer Behandlung steht, wird das Ergebnis ein anderes sein.

Das Ergebnis scheint aber abhängig zu sein von einer hervorragenden äußeren Gegebenheit: der Mentalität der jeweiligen Gruppe. Es gab hier äußerst humoristische Antworten entsprechend der deftigen Kölner Mentalität auf äußerst ernste Fragen (z.B. Einstellung gegenüber Tod und Sterben).

Es ist vorstellbar, daß die Beantwortung z.B. dieser Frage etwa von Norddeutschen, die als relativ verschlossene Menschen gelten, ganz anders ausgefallen wäre.

Interessant wäre, eine vergleichende Untersuchung in einer Bevölkerung mit anderer Mentalität durchzuführen. Auch ein Vergleich dieser Ergebnisse aus einer Stadtbevölkerung mit Ergebnissen einer Befragung einer ländlichen Untersuchungsgruppe dürften von Interesse sein.

Es hätte den Rahmen dieser Arbeit gesprengt, die Auswertung der Literatur mit einzubeziehen. Da das Schrifttum zu den in dieser Untersuchung abgehandelten Krankheiten äußerst umfangreich war und dement-

sprechend auch die Ausarbeitung über das Literaturstudium, wurde dieser Teil der Arbeit als Dokumentation im Humangenetischen Institut der Philipps-Universität Marburg hinterlegt.

Im einzelnen ist festzuhalten:

Das Erkrankungsalter innerhalb der einzelnen Krankheitsgruppen streute so stark, daß von einer Korrelation bestimmter Erkrankungen mit einem bestimmten Alter in dem untersuchten Patientengut nicht gesprochen werden kann.

A. Umweltfaktoren:

I. Soziale Faktoren:

1. Der Gesundheitszustand ist im allgemeinen besser bei den Patienten, die mit ihrem Beruf vollauf zufrieden sind.
2. Das Gesundheitsverhalten der Patienten hinsichtlich der Kontakte mit dem Arzt war recht uniform, und zwar unabhängig vom Alter, Schulbildung, Wissen um eine Krankheit oder Schwere einer Erkrankung: Es zeigte sich, daß Frauen in jungen Jahren zur ersten eingehenden Untersuchung gehen, die Männer dagegen später, dann aber häufiger Kontakte mit dem Arzt hatten als die Frauen.
Alte chronisch kranke Patienten gehen nicht häufiger zum Arzt als der Patientendurchschnitt.
3. Das Wissen um eine Krankheit ist gleichmäßig über alle Berufsgruppen verteilt. Der Prozentsatz der Patienten, die um eine Krankheit wissen und darum den Arzt häufiger aufsuchen, ist mit 27.6 Rel.-% recht gering.
In Abhängigkeit von der Art der Krankenversicherung (Pflicht-, Ersatz- und Privatkassen) fanden sich keine Unterschiede im Gesundheitsverhalten.

II. Arzt-Patient-Verhältnis:

Bei schwerwiegenden Erkrankungen, die die ganze Persönlichkeit des Patienten beeinflussen, wird der Arzt um Rat gefragt.

1. Es bestand bei fast allen Patienten das Bedürfnis, ein persönliches Gespräch zu führen auch über nicht direkt mit der Krankheit in Zusammenhang stehende Probleme.
2. Das Arzt-Patient-Verhältnis wurde von fast allen Patienten als schlecht bezeichnet. Dem Berufsstand der Ärzte wurden in der Hauptsache Unehrlichkeit, mangelndes Mitteilungsvermögen, Zeitmangel und Desinteresse vorgeworfen.

Der Patient sieht psychologische Barrieren zwischen sich und dem Arzt aufgebaut; er hat starke Hemmungen, diese Barrieren einzureißen. Er erwartet Aufklärung durch den Arzt, kritisiert dabei aber die mangelnde Aussprache, die nicht stattfindet aus Zeitmangel, wirklichem Desinteresse oder auf Grund der ärztlichen "Schweigepflicht"(!).

Trotz dieser Vorwürfe haben aber 95 % ihre Diagnose vom Arzt erfahren. Wie weit die Patienten auch über die weiteren Folgen und Komplikationen aufgeklärt worden waren, wurde nicht erörtert.

3. Durch die Überbetonung spektakulärer Heilungen und die Erörterung medizinischer Fragen in allen Massenmedien ist im Patienten eine überspitzte Erwartungshaltung hervorgerufen worden: Ihm kann auf jeden Fall durch den Arzt geholfen werden! Stellt sich aber ein Erfolg trotz aller Bemühungen des Arztes nicht ein, so verliert der Patient das Vertrauen.

Vertrauen ist aber eine unabdingbare Voraussetzung für gute Zusammenarbeit zwischen Arzt und Patient.

Aus den bereits erwähnten Vorwürfen gegen die Ärzte geht hervor, daß die meisten Patienten kein Vertrauen zu dem sie behandelnden Arzt hatten.

Hierzu kommt, daß der Patient alles vom Arzt erwartet - der Arzt ist der aktive Partner in der Arzt-Patient-Beziehung -, der Patient seinerseits tut nichts von sich aus - der Patient ist der passive Konsument.

4. Eine Führung des Patienten in der Krankheit durch den Arzt ist nötig. Die kritischen Äußerungen über mangelnde Aussprache, Zeitmangel, Desinteresse, mangelnde Aufklärung, Offenheit und Ehrlichkeit seitens der Ärzte sind ein Hinweis darauf. Immerhin aber hatten 27 % der Patienten vom Arzt entscheidende praktische Hilfe erhalten. Ist aber eine Führung des Patienten überhaupt möglich? In vielen Fällen fehlt das Verständnis des Patienten für geplante diagnostische oder therapeutische Maßnahmen (mangelnde Aufklärung durch Arzt?). Auch fehlt häufig das Bemühen um aktive Mitarbeit seitens des Patienten im Heilungs- und Behandlungsprozeß. Ein Fehlverhalten des Patienten wird häufig auf den Arzt projiziert, d.h. der Arzt hat sich nach Auffassung des Patienten falsch verhalten.

III. Reaktion der Umgebung:

1. Familie und Freunde:

Der Patient verteidigt seine Privatsphäre gegen unbefugten Einblick. Es fanden sich hinsichtlich dieser Fragen nur sehr uniforme Antworten: im all-

gemeinen gutes Verhalten der Umgebung als Reaktion auf die Krankheit. Dieses gute Verhalten wurde in den seltensten Fällen näher differenziert.

Die Umgebungsreaktion eines Patienten ist aus diesem Grunde schwer zu studieren.

Bei der Frage nach der Kontaktfreudigkeit des Patienten selbst finden sich 2/3 der Patienten Krankenbesuchen gegenüber aufgeschlossen.

2. Hilfe:

Die Familienangehörigen als von der Krankheit Mitbetroffene haben die Patienten in der Mehrzahl unterstützt. Es fanden sich Hoffnungslosigkeit, Depression und Einsamkeitsgefühle bei den Patienten, die keine Angehörigen hatten und völlig auf sich selbst gestellt waren.

Von öffentlichen Institutionen ist fast nie Hilfe zu erwarten. Dabei ist aber dem Patienten weitgehend unbekannt, daß er sich um Hilfe an öffentliche Institutionen wenden kann.

Die Kirche mit allen Einrichtungen hat in unserer Untersuchung versagt, wenn es um praktische Hilfe ging.

Dagegen fanden 14 % der Befragten bei geistlichen Personen seelische Hilfe, wenn diese auch in der Mehrzahl wieder bei der Familie gefunden wurde. Der größte Prozentsatz (28%) der Patienten half sich in seelischer Not selbst, da andere Menschen hier nicht helfen könnten und auch für die ganz eigenen Probleme als nicht zuständig angesehen werden.

Seelische Hilfe im Glauben gewinnt erst von einem bestimmten Alter an ab Bedeutung, hier vom 50. Lebensjahr an (39 %).

B. Persönlichkeit des Patienten:

I. Krankheitsursachen:

Die Krankheitsursachen waren aufgeschlüsselt nach genetischen, seelischen, körperlichen und Umweltfaktoren.

In Abhängigkeit von einschneidenden Erlebnissen wurden mehr psychische oder mehr Umweltfaktoren als Ursache der jeweiligen Krankheit angegeben.

Weitaus die meisten Patienten konnten einen verursachenden Faktor nicht mit Sicherheit nennen.

Genetische Faktoren als Ursache einer Krankheit wurden weitgehend verneint (68%). Allerdings werden sie als fragliche Ursache bejaht, wo Krankheitsfälle derselben Art in der Familie bekannt sind. Der Erbmodes war aber in diesen Fällen in keiner Weise bekannt.

Selbstverschulden wurde in der Mehrzahl ausgeschlossen, Fahrlässigkeit und unbewußte Verantwortlichkeit von 15 Patienten angegeben.

II. Einstellung zur Krankheit

1. Zunächst ruft die Diagnosemitteilung eine erste Reaktion im Patienten hervor. Je nach der psychischen Grundstruktur trifft die Diagnose den Patienten schwer. Hier reagierten 40 % mit Entsetzen und Niedergeschlagenheit.

War die Krankheit zu Beginn ernst genommen worden oder hatte sich ihr Verlauf verschlechtert, so fühlte sich doch die Mehrzahl der Patienten zum Zeitpunkt der Befragung weitgehend gesund (50 %).

Darin kam eine mangelnde Ernstbewertung des Zustandes zum Ausdruck, die sich auch bei den Patienten fand, die zum Zeitpunkt der Befragung ernsthaft krank waren.

Schon zu Beginn einer Krankheit finden sich vielfach Verleugnung und Bataatellisierung ernstzunehmender Symptome. Der Verlauf einer Krankheit aus der Sicht des Patienten ist nicht abhängig von der Art der jeweiligen Krankenversicherung. 76 % sehen als Prognose Konstanz oder Besserung des Krankheitsverlaufes.

Insgesamt ergab sich meist eine fatalistische Einstellung der Krankheit gegenüber - 67 % gaben als Einstellungsreaktion ein Sich-Abfinden mit einer Defektheilung und sogar 78 % mit einer Chronifizierung des Leidens an - wobei in Einzelfällen versucht wurde, den erhofften Heilungs- oder Behandlungserfolg durch aktive Mitarbeit zu unterstützen.

In wenigen Einzelfällen war das Krankheitserlebnis als Kampf gegen die Krankheit erkennbar. Dies fand sich bei Patienten, die so sehr von ihrem Leiden beeinträchtigt waren, daß sie nicht länger leben wollten. Diese Patienten neigen dazu, an Suicid zu denken. Fast immer ist ihnen ein Weiterleben mit der Krankheit eine Qual.

So wenig der Tod die jüngeren Patienten beunruhigt, so zuversichtlich und ohne Furcht sind die alten Patienten in der Mehrzahl.

2. Die Bedrohung durch eine Krankheit ruft im Patienten bestimmte Veränderungen hervor. Es entstehen durch die Krankheit Sorgen und Belastungen hinsichtlich der Zukunft. Die Männer sorgen sich am meisten um die zukünftige wirtschaftliche Situation, die Frauen dagegen um die Familie und deren Existenz im Falle, daß die Frauen an der Krankheit sterben.

Um die zukünftige Gesundheit sorgen sich beide Geschlechter in gleichem Maße, wenn auch 52 % der Patienten an Konstanz und 24 % an Besserung des Leidens in der Zukunft glauben. Dabei fühlten sich aber zum Zeitpunkt der Befragung 50 % der Patienten gesund.

In keinem Fall konnte eine zu einem bestimmten Krankheitsbild gehörende psychische Grundstruktur bzw. spezifische psychische Veränderungen gefunden werden. Allenfalls waren einzelne Faktoren einer bestimmten Persönlichkeitsstruktur anzutreffen, niemals aber das Vollbild.

Für den Befrager waren psychische Alterationen deutlich dort ersichtlich, wo sie nach außen hin in Form von Temperamentsausbrüchen zutage traten. Die versteckten Alterationen konnten mit dem vorliegenden Fragebogen nicht aufgedeckt werden.

Eine psychische Symptomatik war deutlich erkennbar bei den lungenkranken Patienten, die depressiv gestimmt waren. Dies ist sicher bedingt durch die zunehmenden Atembeschwerden, die deutlich Todesangst hervorrufen.

Bei Herz- und Kreislauferkrankungen und den Multiple-Sklerose-Fällen zeigte sich deutlich eine optimistische Stimmungslage, da hier Stillstände und Remissionen im Krankheitsverlauf vom Patienten selbst beobachtet wurden. Er glaubt daher, es gehe ihm wieder besser und insgesamt wieder aufwärts.

III. Mithilfe des Patienten:

1. Vielfach hat der Patient keinerlei Vorstellung darüber, wie er selbst aktiv zum Behandlungs- und Heilungserfolg beitragen kann. So will er oft nach

Ausbruch der Krankheit bis dahin gepflegte Gewohnheiten (Rauchen bei arteriellen Durchblutungsstörungen, Zuckerverbrauch bei Diabetikern) nicht aufgegeben.

2. In seltenen Fällen (20 %) richteten die Patienten ihr Leben anders ein als es vor Ausbruch der Krankheit war.

80 % dagegen wollen so weiterleben wie bis zum Ausbruch der Krankheit (66 % beurteilten ihr bisheriges Leben positiv). Dabei sind auch diejenigen Patienten, die Gewohnheiten nicht aufgeben konnten.

88 % der Patienten gaben an, keine Schwierigkeiten in der Hauspflege gehabt zu haben; dies vielleicht aus Angst vor Veränderungen, z.B. Einzug in ein Altersheim.

Die Möglichkeiten, sich einen Platz im Altersheim zu suchen und damit eine Sicherheit in der Versorgung, Betreuung und menschlichen Kontakten zu finden, wird aus Angst vor Freiheitsverlust abgelehnt.

3. Die Bewältigung von Krankheitsproblemen kann dem Patienten erleichtert werden durch Ablenkung vom Krankheitsgeschehen durch aktive Beschäftigung (Hobby, Fernsehen, Musik, Lesen etc.)

Die Familie kann hier erhebliche Unterstützung leisten, indem sie Anforderungen an den Patienten stellt, ihm lösbare Aufgaben auferlegt und dem Patienten so das Gefühl gibt, gebraucht zu werden und nicht abgeschoben zu sein.

D. ZUSAMMENFASSUNG

Es sollte die psychische Situation chronisch Kranker untersucht werden.

Befragt wurden 37 Männer und 63 Frauen mit chronischen Krankheiten aus Allgemein- und Fachpraxen einer Großstadt.

Es handelte sich um folgende Erkrankungen:

22 Herzkrankte, 20 Rheumakranke, 12 Diabetes-mellitus-Fälle, 10 Lungenkrankte, 10 Hypertoniker, 7 Gefäßkrankte, 5 Carcinome, 5 Multiple-Sklerose-Fälle, 9 Patienten mit anderen Krankheiten (je ein Fall). Die Zusammensetzung des unausgelesenen Krankengutes entsprach dem Durchschnitt großer Statistiken.

Im einzelnen wurden berücksichtigt: Berichtsalter, Geschlecht und Erkrankungsalter der Patienten, soziale Faktoren, Arzt-Patient-Verhältnis und Verhalten der Umgebung.

Gefragt wurde vor allem nach der Einstellung des Patienten zu Ursache, Verlauf und Prognose der Erkrankung, nach seinen Sorgen und Belastungen und seiner Einstellung zum Tod.

Krankheitsspezifische Eigenheiten der psychischen Grundstruktur ließen sich nicht feststellen, wohl aber ein Gegensatz zwischen der mehr depressiven Verfassung Atembehinderter gegenüber der relativ optimistischen Stimmung von Patienten mit Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Multipler Sklerose.

Auch die Untersuchung der Probleme der aktiven Krankheitsbewältigung und gesundheitsbewußten Lebensführung der häuslichen Pflege und der Unterbringung in einem Altersheim erbrachten aufschlußreiche Ergebnisse - u.a.: Die Patienten haben keinerlei Vorstellung darüber, wie sie aktiv zur Heilung beitragen können.

80 % der Patienten sind nicht gewillt, ihr Leben auf die Erfordernisse der Krankheit einzustellen. Für 88 % der Patienten kommt nur die Pflege zu Hause in Frage, da die Unterbringung in einem Altersheim als "Abschiebung" betrachtet wird.

E. LITERATURVERZEICHNIS

1. AHLBRECHT, W. Psychosomatische Medizin und Allgemeinpraxis
Landarzt 8 (1971) 392-396
2. ALLENSBACH (Inst.f.Demoskopie
s.SCHWARZENAUCHER Soziologische Daten zur Gesundheitspolitik. Gutachten über eine Bevölkerungsumfrage in Hessen, 1958.
3. AMMON, G. Zur Psychodynamik des Todes
Med. Welt 22/15 (1971) 575-578
4. ANDERHUB, A. Über das familiäre Vorkommen von Multipler Sklerose
Schweiz.Med. Wschr. 11 (1963) 432-436
5. ARNOLD, O.H. Die primäre arterielle Hypertonie
Z.f.Allgemein med. 47.Jg./23 (1971) 1135-1139
6. AUE, E. Senior-Ärzte als besonders verständnisvolle Helfer bei der seelischen Betreuung der älteren Kranken
Landarzt 21 (1967) 1023-1024
7. BAECKER, F. Zur Problematik der Gerontologie bzw. Geriatrie
Ther.d.Gegenw. 110.Jg./8 (1971) 1198-1208
8. BAIER, H. Die Wirklichkeit der Industriegesellschaft als Krankheitsfaktor in: Der Kranke in der modernen Gesellschaft
Neue wissenschaftliche Bibliothek Kiepenheuer & Witsch, Köln 1967 37-50
9. BALINT, M. Der Arzt, sein Patient und die Krankheit.-
Fischer Bücherei, Bücherei des Wissens Nr. 6005, 1970

10. BALTRUSCH, H.-J.F.
u. AUSTARHEIM, K. Psyche - Nervensystem-Neoplastischer Prozess.-
Z.f.psychosom.Med. 9 (1963)
229-245
11. BALTRUSCH, H.-J.F.
AUSTARHEIM, K. Psyche - Nervensystem - Neoplastischer Prozess
Z.f.psychosom.Med. 10 (1964)
157-169
12. BALTRUSCH, H.-J.F. Einige psychosomatische Aspekte der Krebskrankheit unter Berücksichtigung psychotherapeutischer Gesichtspunkte
Z.f.psychosom.Med. 15 (1969)
31-36
13. DARAHONA-FERNANDES, H.de Psychiatrie in der Allgemeinmedizin
Münchn.Med.Wschr. 25 (1970)
1181-1187
14. BARTELHEIMER, H. Zuckerkrankheit
in: Ärzte sprechen zu dir
H. Dennig
Thieme-Verlag, Stuttgart 1967,
209-219
15. BECKER, P.E. Handbuch der Humangenetik
Thieme-Verlag, Stuttgart 1969
16. BITTER, W. Internationaler Kongreß über Lebenskrisen
Z.f.Allg.med. 24 (1971) 1247
17. BOSS, M. Kleine und große Psychotherapie der essentiellen Hypertoniker
in: Acta psychosomatica der Documenta Geigy Teil 3, 1959
18. BRÄUTIGAM, W.,
CHRISTIAN, P. Psychosomatische Medizin in der inneren Klinik
Der Internist 3 (1962) 56-66
19. BRANDT, H. Über die zeitlichen Unterschiede der Inanspruchnahme des Hausarztes während eines Jahrzehnts
Z.f.Allgemein med. 29 (1961)
1148-1152

20. BRAUN, E. Patient und Arzt
Z.f.Allgemein med. 23 (1963)
1000-1001
21. BRAUN, E. Das Gespräch - ein Therapeutikum
Landarzt 23 (1965) 991-994
22. BRAUN, E. Über das Ansteigen intrafamili-
ärer Gefühlskälte
Z.f.Allgemein med. 1 (1965) 28
23. BRAUN, E. Die Freude an der Psychotherapie
Z.f.Allgemein med. 4 (1973)
163-167
24. BRESSER, P.H. Psychosomatische Medizin - nicht
viel mehr als ein Modewort?
Landarzt 31 (1970) 1541-1547
25. BRÜHL, W. Leberkrankheiten und Psyche
Materia Medica Nordmark
XVIII/8 (1966) 475-483
26. BUSSE, E.W. Some Emotional Complications
of Chronic Disease
Gerontologist 2/3 (1962)
153-156 St.Louis
27. CERAŠT, E.; "What Is Inherited - What Is
LUFT, R. Added"
Hypothesis for The Pathogenesis
of Diabetes Mellitus
Diabetes 16 (1967) 615-627
28. CHRIST, P. Die progredient chronische Po-
lyarthritıs
Landarzt 2 (1969) 51-61
29. COHEN, S. The Incurables
J. Rehab. 33 (1967) 16-18/50-52
30. CREUTZFELD, W. Zur Theorie des Diabetes mellitus
Med. Klinik 58 (1963) 41-46
31. CREUTZFELD, W. Lebensschicksal Diabetes
Monatsk.Ärztl.Fortbildung 15 (1965)
Nachdruck(2.Auflage) Boehringer
Mannheim

32. DELIUS, L. Psychologische und psycho-
therapeutische Aspekte der Re-
habilitation von Herzkranken
Zeitschrift f. Kreislaufforschung
Bd. 57 (1968) 84-97
33. DEUSSEN, J. Patient und Arzt
Landarzt 18 (1963) 780-784
34. DIRKS, W. Der alte Mann und das Meer
Manuskript WDR I. Programm
(IV - 68862 - 70)
Abt. Sozialpädagogik, Sendung
am 24.9.1971
35. DIRKS, W. Die unnützen, teuren Alten
Manuskript WDR II. Programm
(IV - 72524 - 71/1)
(" " " 71/3)
Abt. Sozialpädagogik, Sendung
am 11.1.1972 u. 25.1.1972
36. ELHARDT, S. Psychosomatisches Denken in der
modernen Medizin
Landarzt 42 (1966) 1141-1151
37. FINKE, J.,
SCHULTE, W. Über das Erleben des Schlagan-
falles und seiner Folgen
Fortschr. Neur. Psych. 2 (1964)
78-100
38. FISCHER, F. Die Erbpathologie des Diabetes
mellitus
Wien. Med. Wschr. 112 (1962)
776-779
39. FREHNER, H.U. Diabetes Fibel
Thieme-Verlag, Stuttgart 1969
40. FREYBERGER, H. Psychosomatische Aspekte bei
gastroenterologischen Störungen
Med. Welt 22/47 (1971) 1863-1868
41. GEIGER, F. Über Wert und Bedeutung einer
Sonderausbildung für den prak-
tischen Arzt in Psychologie,
Soziologie, Rhetorik und allge-
meiner Menschenführung
Landarzt 35 (1962) 1536-1541

42. GERFELDT, E. Sozialhygienische und epidemiologische Beobachtungen bei der Multiplen Sklerose
Med.Klin. 62 (1967) 136-140
43. GERZ, H.O. Die Häufigkeit der einzelnen Krankheiten in ihrer Beziehung zu Geschlecht und Alter als Grundlage einer allgemeinen Gesundheitstatistik der nichtversicherungspflichtigen Bevölkerung
Diss. Düsseldorf 1953
44. GESUNDHEITSBERICHT Hrsg.: Der Bundesminister für Jugend, Familie und Gesundheit,
1971
45. GRIESBACH, L. Über psychische Veränderungen bei der Multiplen Sklerose
Diss.Marburg 1949
46. GÜNTHER, O. Zur Genetik von Diabetes mellitus und renalem Diabetes
Med.Klin. 19 (1961) 835-837
47. GÜNTHER, O. Probleme der Genetik des Diabetes mellitus
Internist 9 (1963) 374-383
48. GUTH, W.
HACKER, A.
JANSEN, W.
GUHR, H. Im Gespräch: Altenheim oder Appartement
mda 6 (1971) IV - V
(perimed-Verlag, Erlangen)
49. GUTH, W.
HACKER
JANSEN
GUHR Im Gespräch: Altenheim oder Appartement
mda 7 (1971) IV - V
50. GUYOTAT, J. Die Behandlung der Angst durch den praktischen Arzt
Münchn.Med.Wschr. 107
(1965) 706-710
51. HALLIDAY, J.L. Industriegesellschaft als psychosoziale Umwelt
in: der Kranke in der modernen Gesellschaft
Kiepenheuer & Witsch, 1.Aufl.
(1967) 159-171

52. HANHART, E. Nachweis der ganz vorwiegend einfach-rezessiven Vererbung des Diabetes mellitus
Erbarzt 1 (1939) 5 - 15
53. HANHART, E. Zur Vererbung des Diabetes mellitus
Schweiz.med.Wschr. Nr. 46
(1951) 1127-1130
54. HARLFINGER, H.P. Die Klage der alten Menschen:
Wer hört uns an?
Landarzt 1 (1968) 22-27
55. HARTMANN, F. Erkrankungen der Gelenke
in: Gross-Jahn, Lehrbuch der Inneren Medizin, 2.Aufl. (1970)
857-873, Schattauer-Verlag, Stuttgart
56. HERBERGER, W. Kurzverläufe bei Krebspatienten unter Beleuchtung ihrer "Kummer-skala"^h
Z.f.psychosom.Med.9 (1963)
271-294
57. HEYDEN-STUCKY, S. Myokardinfarkt und psychischer Stress
Schweiz.med.Wschr. Nr. 31 (1965)
1045-1050
58. HIRSCHMANN, J. Multiple Sklerose
in: Gross-Jahn, Lehrbuch der Inneren Medizin, 2. Aufl. (1970)
938-946
Schattauer-Verlag, Stuttgart
59. HOHENSTEIN, H. Die Lebensangst - ein mitmenschliches kritisches Zeitproblem
Z.ärztl.Fortbildg. 54 (1965)
99-102
60. HOLLMANN, W. Das Bronchialasthma unter psychologischen Aspekten
Landarzt 11 (1963) 453-458
61. HRACHOVEC, J.P. Environmental Health and the Older Adult
Arch.Environ.Health Vol 18
(1969) 193-202

62. JÖRGENSEN, G. Genetische Analyse von Krank-
heiten mit multifaktorieller
(polygener) Basis
Landarzt 18 (1967) 852-860
63. JORES, A. Patient und Arzt
Landarzt 18 (1963) 784-786
64. JORES, A. Die Verantwortung des Arztes
Materia Medica Nordmark XIX/4
(1967) 189-195
65. KAUFMAN, K.K. Emotional Imbalance And Chronic
Disease in The Male
J.Amer.Geriatr.Soc.vol. 17
(1969) 894-898
66. KLOOS, G. Psychiatrie und Neurologie
Rudolph Müller und Steinicke
Verlag München, 8. Aufl. (1968)
67. KLOSE, F. Gedanken zum Altersproblem aus
sozialhygienischer Sicht
Landarzt 31 (1963) 1329-1332
68. KNÖPFEL, H.K. Seelisches Leiden und ärztliche
Zeit
Schweiz.Ärztezeitung 38 (1965)
854-855
69. KOCHSTIEK, K. Herzinfarkt - Aufgaben und Mög-
lichkeiten des niedergelassenen
Arztes
Landarzt 24 (1971) 1183-1188
70. KÖTTGEN, U. Erbe und Umwelt in ihrer Bedeu-
tung für den Rheumatismus
Therapiewoche (1963) 93
71. KOHN, R. Human Aging And Disease
J.of Chron.Dis. 16 (1963) 5 - 21
72. KOOS, E.L. Metropolis - was Stadtbewohner
von ihrem Gesundheitswesen halten
in: Amer.J.Public Health 45
(1955) 1551-1557
73. KOOS, E.L. Krankheit in Regionville
Aus: The Health of Regionville
Columbia University Press New York
(1954) 30-38

74. KRAUS, O. Die Multiple Sklerose und ihre
aetiologischen Probleme
Wien.med.Wschr. 116 (1966)
373-376
75. KRESS, H.Frhr.v. Psychosomatische Aspekte bei
einigen internen Erkrankungen
Münchn.Med.Wschr.4 (1965)
161-168
76. KRETSCHMER, E. Medizinische Psychologie
Thieme-Verlag, Stuttgart
13.Aufl. 1971
77. KRETSCHMER, E. Körperbau und Charakter
Springer-Verlag, Berlin, 1925
78. KRICHHAUFF, G. Der Asthmatiker und seine Innen-
welt
Z.f.psychosom.Med.2 (1955)
118-126
79. KRÜSI, G. Psychologische Probleme beim
Krebskranken
Praxis 50 (1967) 1696-1701
80. KÜBLER-ROSS, E. On Death And Dying
The Macmillan Company, New York
hier: Interviews mit Sterbenden
Kreuz-Verlag, Stuttgart, 3.Aufl.
1972
81. KÜBLER-ROSS, E. The Right to Die With Dignity
Bulletin of the Menninger Clinic
Vol. 36, No.3 (1972) 302-312
82. LAMBLING, A. Psychosomatik und Funktionsdiag-
nostik beim Ulcusleiden
Dtsch.med.J. 24 (1964) 829-835
83. LANG, N., Testpsychologische Untersuchungen
MEINHOLD, Chr. zur Psychosomatik des essentiellen
ZUNDL-DIETZEL,M. Hochdrucks
Verh.dtsch.Ges.Inn.Med. 73
(1967) 303-308
84. LAST, G. Tod den Alten
Forum der Gegenwart
110.Jg./8 (1971) 1103-1117

85. LENHARTZ, L. Altersprobleme des selbständigen großstädtischen Mittelstandes
Enke-Verlag, Stuttgart 1958
86. LENZ, W. Medizinische Genetik
Thieme-Verlag, Stuttgart 2.Aufl. 1970
87. LINDEN, K.J. Psychopharmaka bei chronisch Kranken
Medical Tribune Jg.5 Nr. 4a (1970) 10-11
88. LINDGREN, M. Skal de gamle dø, fordi de er for dyre?
(Müssen die Alten sterben, weil sie zu teuer sind?)
Berlingske Tidende, 25.10.70 (DK)
89. LÖWE, H. Psychologische Leistungsfähigkeit und Alter
Leipz.Z.ärztl.Fortbildung 63 (1969) 909-913
90. MAHRINGER, W. Lebenskrisen
Landarzt 2 (1972) 82-84
91. MEHNERT, H. Diabetes mellitus im Alter
Ther.Berichte Bayer Leverkusen 40.Jg./2 (1968) 96-101
92. MITSCHERLICH, A. Krankheit als Konflikt, Studien zur psychosomatischen Medizin
Ed. Suhrkamp 2.Aufl. 1967
93. MÜHLBÄCHER, W. Über das Ansteigen intrafamiliärer Gefühlskälte
Landarzt 31 (1964) 1342-1343
94. MÜLLER, R. Pathogenese und Aetiologie des Diabetes mellitus aus heutiger Sicht
Landarzt 16 (1966) 691-696
95. MÜLLER-HEGEMANN, D. Psychohygiene und Psychotherapie des älteren Menschen
mda 2 {1972} X - XV
3 (1972) IX- XI, 4 (1972)VII-VIII

96. MÜLLER-WALLRAF, H. Problematik des alternden Menschen
Landarzt 31 (1963) 1332-1335
97. MUMENTHALER, M. Neurologie
Thieme-Verlag, Stuttgart,
3. Aufl. 1970
98. MURAWSKI, B.
CHAZAN, B.
BALODIMOS, M.C.
RYAN, J.R. Personality Patterns in Patients With Diabetes mellitus of Long Duration
Diabetes 19 (1970) 259-263
99. NEUMANN, Ch. Psychische Besonderheiten bei Krebspatientinnen
Z.f.psychosom.Med. 5 (1958)
91-101
- 100.von OLDERSHAUSEN Diabetes mellitus
in: Gross-Jahn, Lehrbuch der inneren Medizin, Schattauer-Verlag, Stuttgart
2. Aufl. (1970) 689-721
- 101.OVERZIER, C. PCP
Systematik der inneren Medizin
Thieme-Verlag, Stuttgart
3. Aufl. (1970) 260-261
- 102.PARADE, G.W. Genetische Fakten beim Herzinfarkt
Wien.Med.Wschr. 117 (1967)
78-81
- 103.PARETS, A. Emotional Reactions to Chronic Physical Illness
Med.Clin.of North Am. 51, No.6
(1967) 1399-1408
- 104.PETRILOWITSCH, N. Kombinierte Pharmako- und Psychotherapie als Behandlungsmethode im höheren Lebensalter
Landarzt 44 (1968) 928-932
- 105.PETSCHKE, H. Psychosomatische Faktoren und Neoplasien
Z.f.psychosom.Med. 3 (1956)
41-45

106. PFLANZ, M. . Gesundheitsverhalten
in: Mensch und Medizin 6 (1965)
173 ff.
107. PFLANZ, M. Medizinsoziologische Unter-
PINDING, M. suchung über Gesundheitsverhal-
ARMBRÜSTER, A.K.W. ten.
TÖRÖK, M. Med.Klin. 10 (1966) 391-397
108. PHILIPPUS, M.J. Psychologische, soziale, beruf-
NACMAN, M. liche Nachkontrolle bei ehemals
 hospitalisierten Asthmapatienten
Amer.J.Psychiat. 123 (1967)
1539-1545
109. PICKEN, B. Family Patterns of Medical Care
 Utilization
J.of Chron.Dis. 22 (1969)
181-191
110. QUINT, H. Beitrag zur Frage der psycho-
 dynamischen Faktoren bei der ess.
Hypertonie
Z.f.psychosom.Med. 4 (1957)
243-253
111. RUESCH, J. Chronic Disease and Psychological
 Invalidism
Psychosom.Med. Vol.IX, (1947)
69-71
112. RUESCH, J. Persönlichkeit und chronische
BOWMAN, K.M. Krankheit
In: Der Kranke in der modernen
Gesellschaft
Kiepenheuer & Witsch, Köln-Berlin
1. Aufl. (1967) 253-263
113. SARRE, H. Blutdruck
In: Ärzte sprechen zu dir
Hrsg.: Dennig
Thieme-Verlag, Stuttgart (1967)
40-50
114. SCHALTENBRAND, G. Multiple Sklerose
 Materia Medica Nordmark 24
 (1972) 57-72
115. SCHETTLER, G. Lehrbuch der inneren Medizin
 Thieme-Verlag, Stuttgart,
 2. Aufl. (1970)

116. SCHEUCH, E. Das Interview in der Sozialforschung
In: Handbuch der empirischen Sozialforschung, Hrsg. KOENIG, R. Ferdinand Enke-Verlag, Stuttgart 1962
117. SCHIMMELPFENNIG, G. Alterspsychosen in der Sozialpsychiatrie
Med.Welt 25 (1967) 1520-1528
118. SCHMAUS, A.K.
ARLT, E. Morphologische Befunde, postoperative Komplikationen, Letalität und Liegedauer nach Amputation wegen Durchblutungsstörungen
Z.f.ärztl. Fortbildung 2 (1964) 84-87
119. SCHNEIDER, K.W. Der Mensch an der Schwelle des Alters
Materia Medica Nordmark 21 (1969) 438-450
120. SCHÖLNERICH, P. Alter und Krankheit
In: Ärzte sprechen zu dir
Hrsg. Dennig
Thieme-Verlag, Stuttgart 2.Aufl. (1967) 326-336
121. SCHUBERT, R. Konstitution, Krankheit und Altern
Dtsch.med.Wschr. 12 (1962) 581-589
122. SCHULTE, W.F. Gibt es eine praeventive Gerontopsychiatrie?
Landarzt 10 (1971) 501-505
123. SCHWARZENAUER, W. Gesundheitsverhalten im vorärztlichen Raum
Vortragsmanuskript Tagung der evgl. Akademie Hofgeismar in Bad Orb 1972 (s. ALLENSBACH)
124. SCHWIDDER, W. Einführung in die psychosomatische Medizin
Landarzt 8 (1971) 383-391
125. SEIFERT, G. Zur Pathologie der Alterskrankheiten
Dtsch.zahnärztl.Z. 25 (1970) 82-93

126. SILOMON, H. Einige aktuelle Probleme des
 Krankseins
 Materia Medica Nordmark 25
 (1973) 117-126
127. SPERLING, E. Neurotische Feldwirkung chro-
 nischen Leidens
 Landarzt 32 (1967) 1564-1568
128. SPORKEN, P. Menschlich sterben
 Patmos paper backs, Patmos-Verlag,
 Düsseldorf, 1.Aufl. 1972
129. SPRANGER, E. Altsein als Aufgabe
 Konturen 6 (1966) 5 Zeitschr.
 WANDER GmbH
130. STEIN, E. Essentielle Hypertonie
 In: Gross-Jahn, Lehrbuch der
 inneren Medizin
 Schattauer-Verlag, Stuttgart
 2. Aufl. (1970) 347-348
131. STOCKSMEIER, U. Überlegungen und Fragen zur
 FRERICK, D. Rehabilitation chronisch Kranker
 BÜRGER, D. Landarzt 19 (1972) 883-887
 FÖRSTER, B.
132. STRAUCH, F.W. Das Arzt-Patient-Verhältnis im
 Zeitalter der Technik
 Mat.Med.Nordmark XIX/8 (1967)
 473-477
133. STUDT, H.H. Psychische Faktoren bei Asthma
 bronchiale
 Z.psychosom.Med. 14 (1968)
 I 157 - 175
 II 230 - 242
134. TAGLIACCOZZO, D. Knowledge of Illness as a
 IMA, K. Predictor of Patient Behavior
 J.Chron. Dis. 22 (1970)
 765-775
135. TAMARIN, G. Beobachtungen an Asthma- und
 Psoriasiskranken
 Z.psychosom.Med. 9 (1963)
 26-31

136. TELEGRAF Altenheim- viele Vorurteile
Telegraf Berlin-West, 15.2.1972
137. WERNING, C. Diagnostische und therapeu-
tische Probleme in der Hyper-
tonologie
Landarzt 29 (1971) 1510-1517
138. WESIACK, W. Psychotherapeutische und all-
gemeinärztliche Aspekte der Fa-
milientherapie
Landarzt 4 (1971) 1826
139. WESIACK, W. Die psychosomatische Medizin in
der Praxis
Hippokrates 3 (1971) 353-367
140. WESIACK, W. Problematik und Methodik von
Verlaufsuntersuchungen aus der
Praxis
Münchn.Med.Wschr. 28 (1971)
1023-1028
141. WESIACK, W. Vergleichsuntersuchung über
Krankheitsverläufe bei privat-
und sozialversicherten Patienten
Dtsch.med. Wschr. 15 (1972)
610-615
142. WILHELM, K.
RUEFF, F.L.
HAUER, G. Beitrag zur Aetiologie und
Pathogenese des varikösen Symp-
tomenkomplexes der unteren Ex-
tremitäten
Landarzt 30 (1971) 1573-1575
143. WITTIG, H.J. Hinweise zur Therapie allergischer
Erkrankungen mit besonderer Berück-
sichtigung des Bronchialasthmas
Fortschr.Med.85 (1966) 401-404
144. WITZEL, L. Das Verhalten von sterbenden
Patienten
Med.Klin. 15 (1971) 577-578
145. ZIMMERMANN, A. Statistische Untersuchungen über
die Altersverteilung bestimmter
Erkrankungen
Diss. Tübingen 1951
146. ZINTL, L. Seelische Konfliktsituation und
ihre körperlichen Folgen
Med.Welt 38 (1967) 2222-2229

F. LEBENSLAUF

Am 3.12.1944 wurde ich als zweite Tochter des Arztes Dr.med. Wolfgang Michels und seiner Ehefrau Hilde, geb. Alstädter in Wuppertal-Elberfeld geboren.

Von 1951 - 1955 besuchte ich die Loreleyschule und von 1955 - 1965 die Kaiserin-Augusta-Schule in Köln und bestand im März 1965 dort die Reifeprüfung.

Nach einem Semester des Studiums der Erziehungswissenschaften an der Universität Hamburg nahm ich im Wintersemester 1965/66 das Medizinstudium an der Freien Universität in Berlin auf. Vom Sommersemester 1969 bis Sommersemester 1970 studierte ich an der Albertus-Magnus-Universität in Köln und beschloß das Studium an der Philipps-Universität zu Marburg mit dem Staatsexamen am 7.7.1972.

Nach der Medizinalassistentenzeit (im Hauptlabor der Medizinischen Universitäts-Klinik Marburg, auf der Kinderstation der Chirurgischen Universitäts-Klinik Köln und am Kreiskrankenhaus Roding - Med. Abteilung) arbeitete ich als Assistenzärztin an den Kreiskrankenhäusern Roding(Med.) und Mayen (Gyn.Geb.Hilfe).

G. AKADEMISCHE LEHRER:

BERLIN, Freie Universität: Clemens, Dulce, Friederich, Gauer, Gnichtel, Günther, Günter, Haberich, v.Herrath +, Hierholzer, Jacobi, Jahr, Manecke, Peters, Reinert, Schütte, Schwarz, Stein, Thiedemann, Töpfer, Ullrich, Wiemer +.

KÖLN, Albertus-Magnus-Universität:

Bachmann, Bolt, Bolte, Eder, Eigler, Friedmann
R. Gross, Hamacher, G. Heberer, Heinrichs, Hermann
Huhn, Imhäuser, C. Kaufmann, Kleinsasser, Köhler,
Lennartz, Ludes, Meinrenken, Neubauer, Oette,
Pulverer, Reichmann, Renschler, Scheurlen, Schmidt,
Schneider, Steigleder, Thomann.

MARBURG, Philipps-Universität:

Berendes, Buchholz, Dölle, Eissner, Exner,
Friederich, Ganz, Hamelmann, Hort, Jacob, Jahnke,
Koch, Koransky, Linneweh, Mann, Martini, Oepen,
Pots, Reim, Rohen, Schleyer, Schmitz-Moormann,
Seidel, Siegert, Straub, Strohmeyer, Voss, Wendt.

H. DANK

Es ist mir eine ehrenvolle Pflicht, den folgenden
Ärzten für die Vermittlung der chronisch kranken
Patienten zu danken:

Herrn Dr.med. Wolfgang Michels,
Herrn Dr.med. Franz Reuter,
Herrn Dr.med. Hans-Joachim Gehrke (+),
Frau Dr.med. Maria Barth,
Frau Dr.med. Gertrude Lückcrath,
Herrn Dr.med. Mathias Schießl,
Herrn Dr.med. Heinz Pilartz,
Herrn Dr.med. Hans Schumacher,
Herrn Dr.med. Josef Spellerberg, alle in Köln.

Für wertvolle Literaturhinweise danke ich
den Ärzten: Prof.Dr.med. W. Schulte (+), Tübingen,
Dr.med. E. Lausch, Ahrensburg,
Dr.med. Frits Neukirch, Rigshospitalet
Tagensvej Kopenhagen;

den pharmazeutischen Firmen: Bayer, Boehringer Mannheim,
Hoechst, Merck, Nordmark, Sandoz, Schering;

den Instituten: DIMDI Köln, Universitetets Arve-
biologisk Institut und Iniversitetets
Institut for Socialmedicin in Kopenhagen.

Herrn Stephan Gondolf danke ich für die Anfertigung
der Zeichnungen nach meinen Vorlagen und Herrn
cand.med. Rolf-Dieter Michels für die phototechnische
Bearbeitung.

Herrn Prof.Dr.med. H. Oepen

möchte ich für die freundliche Überlassung des
Themas, für die mir stets zuteil gewordene
Förderung und für die wertvollen Ratschläge
bei der Durchführung der Arbeit herzlich danken.

Herrn Prof.Dr.med. H. Kaffarnik

danke ich für die freundliche Übernahme
des Correferates.

